

# **ÉCONOMIE POLITIQUE DE LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ : UNE ANALYSE TRANSNATIONALE**

**30 avril 2001**

**par Carolyn Hughes Tuohy, Ph.D.\***

## **TABLE DES MATIÈRES**

### **I. INTRODUCTION**

### **II. MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ : RÉFORME RADICALE, RÉFORME PLANIFIÉE ET GRADUALISME**

**a) Réforme radicale : Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande et États-Unis**

**b) Réforme planifiée : Pays-Bas**

**c) Gradualisme : Australie et Canada**

### **III. MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ : ALLIANCES STRATÉGIQUES**

**a) Mise en œuvre d'une réforme radicale : Grande-Bretagne et Nouvelle-Zélande**

**b) Changements apportés au lendemain de l'échec d'une réforme radicale :  
États-Unis**

**c) Mise en œuvre d'une réforme planifiée : Pays-Bas**

**d) Mise en œuvre de changements graduels : Australie et Canada**

### **IV. RÉPERCUSSIONS SUR L'OPINION PUBLIQUE**

### **V. LEÇONS À TIRER POUR LE CANADA**

### **VI. UNE DERNIÈRE RECOMMANDATION**

\* Department of Political Science, University of Toronto. Courriel : [c.tuohy@utoronto.ca](mailto:c.tuohy@utoronto.ca)

## I. INTRODUCTION

Durant les années 1980 et 1990, les autorités de la plupart des pays industrialisés ont dû, à cause des pressions budgétaires, chercher des façons différentes de financer et de dispenser les services de santé. Dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), la croissance des dépenses publiques en matière de santé a généralement ralenti pendant la majeure partie de la dernière décennie. Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer l'importance, peut-être encore plus grande, de la série de réformes qui ont été mises en œuvre en vue de réorganiser les programmes et établissements de soins de santé. Quoique différentes, ces réformes avaient en commun l'importance accordée à la structure des incitations inhérentes aux programmes de prestation et de financement des services de santé, de même que leur objectif avoué, soit la refonte des programmes dans le but d'encourager l'efficacité et l'efficacité.

De telles réformes ont de profondes répercussions sur le secteur de la santé. Le fait de s'engager dans cette voie suppose que les pouvoirs publics ne se contentent plus de restreindre et de transférer les crédits comme par le passé, mais qu'ils s'efforcent désormais de changer les systèmes utilisés pour prendre les décisions courantes concernant la production et l'utilisation des services de santé. Comme l'OCDE l'a fait remarquer en 1994, cela s'est traduit par un élargissement du cadre d'action; ainsi, à la perspective macro-économique axée sur le budget global se sont ajoutées des questions micro-économiques touchant la relation existant entre les fournisseurs et les acheteurs de services de santé<sup>1</sup>. Pour analyser ces relations, les décideurs devaient tenir compte des structures de prise de décision du secteur de la santé, ainsi que de questions propres à ce secteur, principalement le rôle prépondérant joué par les fournisseurs de soins, tout particulièrement les médecins.

Sans doute que seul le secteur de l'enseignement postsecondaire égale le secteur de la santé au chapitre du niveau de scolarité et d'expertise technologique que doivent posséder les fournisseurs de services, de même que de la latitude que ces derniers peuvent exiger afin de prendre des décisions en conformité avec les normes de leur profession, quelle que soit la provenance de leur rémunération. En outre, contrairement à de nombreuses formes d'enseignement postsecondaire, la prestation de soins repose sur le contact personnel entre le(s) professionnel(s) de la santé hautement spécialisé(s) et le bénéficiaire. Dans ce secteur, le système de prise de décision a traditionnellement été caractérisé par l'existence de réseaux de confiance (des liens sont tissés entre les patients et les fournisseurs ainsi qu'entre les membres de l'équipe de fournisseurs).

Compte tenu de la densité et de la complexité de ces réseaux, il n'est pas étonnant que le degré de réussite de la réforme des soins de santé ait considérablement varié d'un pays à l'autre. De même, comme il fallait s'y attendre, des différences ont été observées au chapitre du programme et de la stratégie employée, malgré certains thèmes communs. Les stratégies utilisées pour élaborer la réforme des soins de santé et la mettre en œuvre appartiennent à trois grandes catégories :

- a) la réforme radicale : on tente de redéfinir de fond en comble le rôle des principaux acteurs du système, et ce, à brève échéance;
- b) la réforme planifiée : on établit un plan d'action exhaustif en vue d'apporter des changements par étape;
- c) le gradualisme : il n'y a pas de refonte en profondeur; seules de légères modifications sont apportées au rôle de certains acteurs clés.

Ces approches sont le miroir de contextes politiques fort différents, comme nous le verrons dans les paragraphes qui suivent. Fait intéressant à souligner cependant, aucune approche ne semble se détacher du lot lorsque l'on analyse les résultats obtenus par rapport aux objectifs (tableau 1). Parmi les pays analysés dans la présente étude, trois pays (la Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis) ont opté pour l'approche radicale afin de réformer leur système de santé dans les années 1990; un pays (les Pays-Bas) a misé sur la réforme planifiée; deux (l'Australie et le Canada) ont tenté d'apporter des modifications graduelles. Dans le cas des pays qui ont préconisé l'approche radicale, on constate que la Grande-Bretagne a réussi à mettre en œuvre une version quelque peu adoucie du projet initial; que la Nouvelle-Zélande a mis de l'avant une réforme en profondeur pour ensuite faire progressivement marche arrière; que les États-Unis ne sont même pas arrivés à formuler des propositions de réforme. Aux Pays-Bas, la réforme planifiée s'est enlisée après que des changements eurent été apportés dans un segment du secteur de la santé. Enfin, l'Australie et le Canada, qui ont tenté d'apporter des changements graduels, ont obtenu des résultats divers dans différents segments.

Tableau 1 : Stratégies de réforme de la politique sur les soins de santé

<i>Type de stratégie</i>	<i>Pays</i>	<i>Résultat</i>
Réforme radicale	Grande-Bretagne	Mise en œuvre d'une version adoucie du projet de création d'un « marché interne »  Succès imprévu de la réforme dans un segment du secteur de la santé : l'attribution d'enveloppes financières à des médecins généralistes
	Nouvelle-Zélande	Démantèlement progressif du « marché interne »  Succès imprévu de la réforme dans un segment : l'attribution d'enveloppes financières à des omnipraticiens
	États-Unis (administration fédérale)	Échec de la mise en place du modèle de « concurrence encadrée »
Réforme planifiée	Pays-Bas	Interruption de la réforme en profondeur axée sur la « concurrence encadrée »  Mise en œuvre de la réforme dans le segment de l'assurance sociale
Réforme graduelle	Australie	Subventions de l'État à l'assurance privée
	Canada	Intégration horizontale dans le secteur hospitalier

En fait, quelle que soit la stratégie employée, il semble que les gouvernements qui ont obtenu le plus de succès sont ceux qui ont réussi à mettre à contribution un sous-groupe d'acteurs du

secteur de la santé, même si la participation de ces derniers à la réforme ne correspondait pas exactement à ce qui avait été prévu au départ. Dans la présente étude, nous examinerons les tentatives de réforme de la santé qui ont été effectuées dans les pays mentionnés ci-dessus en vue de tirer des leçons pour le Canada.

## **II. MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ : RÉFORME RADICALE, RÉFORME PLANIFIÉE ET GRADUALISME**

Il n'y a guère de rapport entre le fait qu'un pays ait tenté ou non de procéder à une réorientation audacieuse dans les années 1990, encore moins entre l'issue de sa réforme, et le niveau général des dépenses de santé et les tendances observées à ce chapitre, ou encore la participation financière de l'État à cet égard (tableau 2). Les deux pays dont les dépenses étaient les plus élevées et avaient le plus augmenté au cours de la décennie précédente ont opté pour l'approche radicale (États-Unis) et l'approche graduelle (Canada). Les deux autres pays ayant procédé à une réforme radicale (Grande-Bretagne et Nouvelle-Zélande) disposaient d'un budget relativement modeste et n'affichaient pas le même taux de croissance des dépenses.

Tableau 2 : Dépenses de santé, 1992

<i>Pays</i>	Total des dépenses de santé en % du PIB, 1992	Dépenses publiques de santé en % du PIB, 1992	Augmentation annuelle moyenne des dépenses de santé totales par habitant, 1980-1992
Australie	8,6	5,7	6,7
Canada	10,2	7,6	8,6
Pays-Bas	8,8	6,8	6,3
Nouvelle-Zélande	7,6	6,0	5,6
Royaume-Uni	6,9	5,9	8,0
États-Unis	13,9	5,9	9,3

Sources :

Base de données de l'OCDE, 1999.

George Schieber, Jean-Pierre Poullier et Leslie M. Greenwald. « Health System Performance in OECD Countries, 1980-1992 », 1994, 13:4, *Health Affairs*, 102.

L'approche adoptée par le pays aux fins de la réforme de la santé est dans une large mesure subordonnée au contexte politique général. Comme les différents groupes d'intérêts du secteur de la santé sont retranchés sur leurs positions et que la santé constitue un enjeu très important pour la population, de tels changements comportent de grands risques sur le plan politique. C'est pourquoi la prudence affichée par le gouvernement à l'égard de la réforme du système de santé varie selon le climat politique du pays. Le contexte de chacun des pays à l'étude est résumé au tableau 3 et est approfondi dans le reste de la présente section du document.

Tableau 3 : Contexte de la réforme

<i>Type de stratégie</i>	<i>Pays</i>	<i>Situation politique</i>
Réforme radicale	Grande-Bretagne	État unitaire (régime non fédéral) Gouvernement majoritaire élu pour un troisième mandat consécutif
	Nouvelle-Zélande	État unitaire (régime non fédéral) Gouvernement majoritaire
	États-Unis	État fédéral Le même parti a remporté la présidence et les deux chambres du Congrès avec une faible majorité
Réforme planifiée	Pays-Bas	État unitaire (régime non fédéral) Gouvernement de coalition
Réforme graduelle	Australie	Régime fédéral – l’administration centrale a relativement beaucoup de pouvoirs Gouvernement majoritaire
	Canada	Régime fédéral – mauvaises relations fédérales-provinciales Gouvernement majoritaire

#### a) Réforme radicale : Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande et États-Unis

Il est rare qu’un gouvernement décide de procéder à une réforme. Il doit être convaincu de sa capacité d’asseoir son autorité sur une assez grande échelle de manière à assurer la réussite de son projet, et la réforme de la santé doit occuper une place suffisamment importante dans son programme politique pour qu’il soit prêt à courir le risque d’aller de l’avant. Or, ces deux conditions sont rarement réunies.

Quoi qu’il en soit, au moins une des conditions inhérentes à la réforme radicale – la capacité du gouvernement d’asseoir son autorité sur une grande échelle – est plus susceptible d’être présente dans certains régimes politiques, soit ceux qui donnent relativement peu de chances aux opposants d’exercer un veto. Par conséquent, cela s’avère plus probable dans des régimes tels que l’État unitaire (régime non fédéral); un régime parlementaire qui concentre les pouvoirs entre les mains de l’exécutif; un système électoral propice à l’émergence d’un parti majoritaire; une tradition de discipline de parti qui minimise la dissidence dans les rangs des députés. Cependant, même dans de tels régimes, il ne suffit pas que le gouvernement arrive à asseoir son autorité pour aller de l’avant avec une réforme radicale. Il doit également avoir la volonté de prendre les

risques politiques qui en découlent, car les régimes qui concentrent les pouvoirs concentrent également l'obligation de rendre des comptes; de plus, dans un tel cadre, le gouvernement peut difficilement partager la responsabilité d'une réforme impopulaire<sup>2</sup>. Quoi qu'il en soit, il n'est pas étonnant que deux des trois pays à l'étude ayant opté pour l'approche radicale, à savoir la Grande-Bretagne et la Nouvelle-Zélande, présentaient toutes ces caractéristiques structurelles.

Il est plus rare – bien que cela ne soit pas impossible – qu'un régime qui ne présente pas ces caractéristiques procède à une réforme radicale. Même aux États-Unis, où l'on retrouve un régime fédéral, un système bicaméral (le Sénat et la Chambre des représentants) qui assure un partage des pouvoirs entre le législatif et l'exécutif, de même qu'une discipline de parti qui a traditionnellement été très lâche, plusieurs réformes radicales ont été réalisées. Mentionnons tout particulièrement la création du régime public d'assurance-maladie pour les personnes âgées et les personnes nécessiteuses (*Medicare*) après le balayage de 1964, les Démocrates ayant remporté la présidence et une majorité écrasante à la Chambre des représentants et au Sénat en plus d'obtenir la majorité du suffrage exprimé. De même, il est possible de procéder à des changements fondamentaux avec le soutien des deux partis politiques américains, comme en 1986, lors de l'adoption d'une réforme des lois fiscales. Il n'en demeure pas moins qu'il est manifestement plus difficile de recourir à l'approche radicale aux États-Unis, comme en témoigne l'échec monumental que le président Clinton a essuyé avec son projet de réforme de la santé en 1993.

Un bref survol des réformes entreprises dans les années 1990 dans des pays correspondant aux trois régimes politiques décrits ci-dessus est instructif. Commençons par la Grande-Bretagne et la Nouvelle-Zélande. Comme lors de la création de leur régime d'assurance-maladie universelle 50 ans plus tôt, ces deux pays ont suivi une approche presque identique pour réformer leur système dans les années 1990, bien que des distinctions fondamentales doivent être soulignées. Dans les deux cas, la réforme était axée sur le remplacement des structures hiérarchiques de gestion des services hospitaliers par des organismes distincts, respectivement chargés d'acheter et de fournir les services. Elle était caractérisée par la création d'un « marché interne », c'est-à-dire un marché à l'intérieur du secteur public, et visait à renforcer le rôle de l'État en tant qu'acheteur de services et à mater les fournisseurs en les obligeant à rivaliser entre eux pour obtenir les contrats publics. Cependant, exception faite de certains changements apportés par la Nouvelle-Zélande qui seront soulignés plus loin, la réforme ne visait pas à déplacer la frontière qui sépare le financement public et le financement privé.

Le contexte politique de ces réformes présente également une certaine similitude. Dans les deux pays, le pouvoir était entre les mains d'un parti à l'orientation idéologique bien définie qui, après avoir concentré son attention sur d'autres secteurs, a eu la volonté politique de s'attaquer à la réforme du système de santé. En Grande-Bretagne, les conservateurs de Margaret Thatcher ont d'abord été réticents à toucher au secteur de la santé; à cet égard, une de leurs déclarations est restée célèbre : [TRADUCTION] « le NHS [service national de santé] n'a rien à craindre avec nous<sup>3</sup> ». Ce n'est qu'après avoir formé son troisième gouvernement majoritaire d'affilée que la Dame de fer, piquée par les critiques formulées par les présidents des collèges royaux de médecins, a conclu que l'inaction à l'égard du NHS s'avérait plus risquée que l'intervention. En 1988-1989, elle a présidé une commission d'étude sur le NHS qui, après avoir pataugé pendant un certain temps, s'est inspirée de la récente refonte du secteur de l'éducation réalisée par le gouvernement conservateur et a recommandé une série de réformes axées sur la création d'un marché interne.

La dissociation des rôles d'acheteur et de fournisseur assumés par les autorités sanitaires régionales, qui étaient auparavant responsables de la gestion et du financement des hôpitaux publics de leur territoire respectif, constitue l'élément clé de la réforme britannique. Dans le nouveau système, une centaine d'autorités sanitaires devaient être transformées en acheteurs et mener des négociations serrées avec un éventail de fournisseurs en vue d'obtenir des services hospitaliers et d'autres services secondaires sous le signe de la rentabilité. Pour ce qui est de l'offre de services, les hôpitaux publics ont été transformés en « trusts » autonomes (qui, légalement parlant, n'étaient pas des trusts, mais plutôt des sociétés d'État) autorisés à modifier les salaires du personnel et à contracter des emprunts jusqu'à concurrence d'un plafond annuel. Ces trusts devaient se disputer les contrats de services attribués par les autorités sanitaires.

Un volet de la réforme, qui, au départ, était secondaire mais qui a pris de plus en plus d'importance par la suite, avait trait aux médecins de famille (omnipraticiens). Il s'agit plus précisément de l'attribution d'une enveloppe financière à ces médecins (General Practitioner Fundholding). Cette dimension de l'approche britannique s'apparentait un peu plus à une réforme planifiée qu'à une réforme radicale, en cela qu'elle devait être mise en œuvre par étape. À l'origine, les cliniques de médecine générale comptant plus de 11 000 clients pouvaient présenter une demande d'enveloppe à une autorité sanitaire. Ainsi, une clinique se voyait attribuée un budget établi en fonction du nombre de clients inscrits en vue d'acheter les médicaments et environ 20 % des services hospitaliers et communautaires dont ils avaient besoin<sup>4</sup>. Par conséquent, ces titulaires d'enveloppe sont entrés en concurrence avec les autorités sanitaires, en leur qualité d'acheteurs de services. Cette formule a progressivement été appliquée aux petites cliniques, et l'éventail de services visés a été élargi. En 1997, on dénombrait 3 500 titulaires d'enveloppe, qui représentaient quelque 15 000 omnipraticiens, chargés d'acheter un éventail restreint de services de santé pour environ 50 % de la population<sup>5</sup>.

Voyons maintenant comment la réforme a été mise en œuvre. En 1997, les travaillistes prennent la tête du pays. La réforme est bien en selle, suffisamment pour que les travaillistes, qui avaient pourfendu le projet lors de sa présentation, décident d'en conserver la substance. En décembre 1997, six mois après avoir remporté une écrasante victoire sur les conservateurs, le gouvernement travailliste fait connaître ses propositions relativement à la structure du NHS : tout en faisant disparaître la mention de marché interne, la nouvelle équipe laissait intactes les caractéristiques essentielles, notamment la dissociation des rôles d'acheteur et de fournisseur. La mise sur pied de « groupes de soins primaires » constituait la partie centrale des propositions. Ces consortiums de médecine générale et de soins infirmiers communautaires allaient être le prolongement des modèles de mandat établis au cours des dernières années<sup>6</sup> et se voir attribués des pouvoirs et des budgets par les autorités sanitaires afin de conclure des conventions de services à long terme avec des fournisseurs de services hospitaliers et communautaires. Cette structure confère aux infirmières un rôle important qui s'inscrit dans la tradition de la participation de ces dernières à la gestion du NHS. Le 1<sup>er</sup> avril 1999, 481 groupes de soins primaires ont été créés en Angleterre; le nombre de bénéficiaires se situait entre 46 000 et 257 000, mais s'établissait en moyenne à 100 000. Régis par des conseils d'administration constitués d'omnipraticiens (qui sont habituellement majoritaires), d'infirmières et de représentants des services sociaux et des autorités sanitaires, les groupes de soins primaires doivent demeurer, dans un premier temps, sous la gouverne des autorités sanitaires, mais devraient en venir à exercer une plus grande autonomie en tant que « trusts » de soins primaires.

En Nouvelle-Zélande, un gouvernement majoritaire ayant une orientation idéologique bien définie, a également adopté une réforme axée sur la création d'un marché interne, qui faisait suite à des expériences similaires dans d'autres secteurs que celui de la santé. Toutefois, les expériences ont été réalisées par le Parti travailliste alors que la réforme de la santé est l'œuvre de son successeur, le Parti national. Les années 1980 constituent un chapitre de l'histoire de la politique néo-zélandaise qui a été marqué par des changements spectaculaires. Quoique issu d'un parti de gauche, le gouvernement travailliste s'est lancé en 1985 dans une réforme en profondeur visant à déréglementer ce qui était alors une des économies les plus réglementées de l'OCDE. Cependant, la santé et les services sociaux sont dans une large mesure demeurés en marge de ce programme piloté par un groupe influent de conseillers provenant surtout du ministère des Finances. Le gouvernement du Parti national, qui l'a remplacé à la tête du pays en 1991, a pris le relais (principalement à l'instigation de la même équipe de conseillers) et a soumis avec vigueur le secteur de la santé au programme de réforme<sup>7</sup>. Il a créé une équipe d'examen qui a présenté son rapport en 1991; ses recommandations ont été adoptées en 1992 pour entrer en vigueur en juillet 1993.

Le gouvernement néo-zélandais a délibérément coulé sa réforme dans le même moule que le marché interne institué en Grande-Bretagne. Des acheteurs nommés par l'État (quatre autorités sanitaires régionales, qui ont par la suite été remplacées par quatre directions relevant d'un organisme central, l'autorité de financement de la santé) devaient négocier et parafer des contrats avec des fournisseurs concurrents du secteur public et du secteur privé. La structure de gestion des hôpitaux publics a été remaniée sur le modèle de la société d'État. Par conséquent, 29 conseils d'administration d'hôpital ont été remplacés par 23 sociétés d'État de services de santé à but lucratif qui devaient rivaliser entre elles et avec les fournisseurs privés du pays pour obtenir les contrats attribués par l'autorité sanitaire. La Nouvelle-Zélande s'est également inspirée du modèle britannique du titulaire d'enveloppe pour créer la fonction de « chargé de budget » (Budget Holding). Dans la version néo-zélandaise, l'autorité sanitaire responsable attribue à des groupes de médecins de tailles diverses un budget en fonction du nombre de bénéficiaires afin de couvrir le coût de certains services (médicaments, tests de diagnostic, radiographies, etc.). À cet égard, le modèle néo-zélandais se distingue du modèle britannique en cela que les services hospitaliers sont exclus. De plus, contrairement à son homologue britannique, le chargé de budget a continué d'être rémunéré à l'acte et, dans les faits, d'exercer la médecine en tant que fournisseur privé pour le gros des services qu'il assure à la population.

Par ailleurs, la réforme néo-zélandaise renfermait un certain nombre d'éléments qui accentuaient le rôle du secteur privé dans le système et qui n'étaient pas présents dans la réforme britannique. Les frais modérateurs ont fait leur entrée dans les hôpitaux publics. De plus, le gouvernement a tracé la voie vers l'instauration de la « concurrence encadrée » : il était prévu que les nouvelles autorités sanitaires entrent en concurrence avec les assureurs privés pour recruter des clients (une partie de la couverture de chaque assuré allait être financée par l'État en fonction du risque) et offrent à ces derniers un régime d'assurance de base. La Nouvelle-Zélande a ensuite mis sur pied un comité consultatif national de la santé et de l'invalidité afin de dresser une liste de services de base classés par priorité, afin d'être plus en mesure de comparer les acheteurs concurrents<sup>8</sup>.

L'issue de la réforme radicale mise de l'avant par la Nouvelle-Zélande est très différente de la réforme britannique. Comme nous le verrons plus loin, le gouvernement a commencé à faire marche arrière presque aussitôt après avoir adopté la réforme. En soi, l'approche radicale n'est donc pas un gage de réussite.



L'exemple des États-Unis démontre à quel point l'adoption même de la réforme radicale peut être difficile. Le président Clinton avait manifestement la volonté politique de créer un régime d'assurance-maladie universelle reposant sur la concurrence encadrée, ce projet étant un élément clé de son programme « néo-démocrate ». Sa réforme faisait fond sur le modèle existant, obligeant les employeurs à offrir une assurance-maladie à leur personnel. De plus, il était prévu que les États mettent sur pied des alliances régionales afin que les personnes qui n'étaient pas couvertes par un employeur soient assurées en vertu d'ententes avec les assureurs privés.

Du moins dans un sens, le projet semblait avoir de bonnes chances d'être adopté. Le nouveau président démocrate avait fait de la réforme de la santé un enjeu déterminant de la campagne présidentielle. En outre, les démocrates avaient non seulement pris possession de la Maison-Blanche, mais ils détenaient aussi la majorité dans les deux chambres du Congrès. Dès le début des années 1990, la phalange qui s'était opposée à l'assurance-maladie universelle par le passé (médecins, établissements de santé, assureurs et gens d'affaires) avait été fragmentée en plusieurs groupes d'intérêts rivaux par suite de l'évolution mouvementée du marché des services de santé pendant les années 1980, et notamment de l'essor du secteur des soins gérés à but lucratif. En effet, craignant que la nouvelle donne ne menace leur autonomie et leur influence, un certain nombre d'associations médicales ont avalisé, en tout ou en partie, le projet Clinton<sup>9</sup>.

Toutefois, la capacité de Clinton de réunir les appuis nécessaires reposait sur des bases très fragiles. Il avait remporté l'élection avec seulement 43 % du suffrage, et, au Sénat, les démocrates ne détenaient pas les 60% des sièges requis pour empêcher les républicains d'opposer leur veto par des manœuvres procédurières. Compte tenu de la précarité relative de sa présidence, seuls un compromis approuvé par les deux grands partis ou un effet boule de neige, qui amènerait les gens à soutenir une cause gagnante, pouvaient assurer la réussite d'une initiative aussi importante qu'une réforme du système de santé. Or, la stratégie suivie par l'administration Clinton a fait obstacle à ces deux scénarios. En effet, pour préciser les propositions, cette dernière a mis en branle un long processus en vase clos qui a donné un coup de frein au projet, au moment où le président était obligé d'utiliser son capital politique restreint pour promouvoir d'autres questions, notamment son premier budget et l'Accord de libre-échange nord-américain. En définitive, Thomas Jefferson avait vu juste dans son évaluation du système américain : [TRADUCTION] « les grandes innovations ne devraient pas reposer sur une mince majorité »<sup>10</sup>. Ainsi, le projet de réforme de la santé piloté par Clinton a été battu en brèche.

## **b) Réforme planifiée : Pays-Bas**

Aux Pays-Bas, le régime politique va à l'encontre de l'approche radicale. Les gouvernements de coalition, qui doivent constamment arriver à des compromis, sont la norme. De plus, une vieille tradition a légitimé l'existence d'un « secteur social médian » constitué d'organismes qui jettent un pont entre l'État et la société. Selon van der Grinten, ce secteur social médian est le secteur qui sépare l'État et le citoyen et où des fournisseurs de soins, des sociétés d'assurance-maladie, des employeurs, des employés et d'autres organisations privées veillent à l'intérêt public en collaboration avec le gouvernement. Les organisations privées jouent un important double rôle social dans ce système : d'une part, elles forment un groupe de pression faisant la promotion des intérêts du secteur privé face aux pouvoirs publics; d'autre part, ce sont des mandataires de l'État qui voient à ce que les responsabilités publiques soient acquittées au nom de leur base<sup>11</sup>.

Dans ce contexte, il semblait rationnel que les gouvernements néerlandais planifient en détail la réforme du secteur de la santé. En général, une telle approche est retenue lorsqu'aucune formation politique (p. ex. un gouvernement majoritaire) ne peut réunir suffisamment d'appuis pour procéder à une réforme radicale, alors que l'on cherche à apporter des changements en profondeur. En pareil cas, on peut négocier un accord sur un plan d'action renfermant des éléments qui obtiennent l'adhésion de différents interlocuteurs et groupes d'intérêts, et le mettre en œuvre par étape. C'est précisément la voie choisie par les Pays-Bas (au début des années 1990, plusieurs États américains ont également procédé de cette façon en tentant d'arriver à un compromis susceptible de rallier les deux grands partis.) Aux Pays-Bas, la réforme visait à remplacer le régime d'assurance-maladie de l'époque, qui était structuré par région et qui était tributaire de la catégorie de revenu, par un cadre obligatoire de concurrence encadrée intégrant tous les assureurs. Ce régime accordait un monopole régional à des « caisses maladies »<sup>12</sup>, qui étaient chargées de fournir une couverture aux personnes dont le revenu était inférieur à un certain seuil (qui formaient environ 62 % de la population), alors que les personnes ayant un revenu supérieur devaient contracter une assurance privée. Le régime reposait sur un programme public universel couvrant les frais médicaux « exceptionnels » tels qu'une période d'hospitalisation de plus d'un an, les soins de longue durée en maison de repos et les soins de longue durée aux personnes ayant une déficience mentale ou physique.

En 1987, une commission mise sur pied par la coalition de centre-droite qui était alors au pouvoir a formulé une série de propositions afin de remplacer ce régime par un régime d'assurance-maladie nationale obligatoire, qui devait permettre une « concurrence encadrée » entre les caisses maladies et les assureurs privés. Même si elle n'avait pas été définie de façon précise, la couverture de base devant être offerte par ces assureurs devait englober quelque 95 % des dépenses de santé. Les particuliers auraient acquitté une prime à taux unique à l'assureur de leur choix, et une caisse commune nationale aurait versé directement à l'assureur un montant rajusté en fonction du risque pour chaque assuré. D'autre part, les caisses maladies n'auraient plus été obligées de passer des contrats avec tous les médecins de leur région respective, et les médecins auraient eu la possibilité de s'établir dans la localité de leur choix, sans avoir à demander un permis à la municipalité.

Ces propositions portaient la marque d'un gouvernement de coalition. La fin – l'universalité – plaisait à la gauche, et les moyens – la concurrence encadrée –, à la droite. (Le président Clinton avait lui aussi tenté de séduire l'ensemble de l'échiquier politique, sans toutefois essayer de négocier un compromis, ni de procéder par étape.) De plus, laissant présager ce qui allait se produire en Grande-Bretagne en 1997, la coalition de centre-gauche qui a pris le pouvoir en 1991 (et qui a placé un social-démocrate à la tête du ministère de la Santé) a essentiellement entériné la réforme, tout en atténuant le discours pro-marché que le gouvernement précédent avait utilisé pour en faire la promotion<sup>13</sup>.

Néanmoins, les divers groupes d'intérêts avaient des motifs de s'opposer à la réforme. Les employeurs craignaient qu'une couverture élargie n'entraîne une augmentation des dépenses de santé. Les assureurs privés refusaient essentiellement de céder à l'État le rajustement de leurs revenus en fonction du risque et s'opposaient à ce qu'un plus large éventail d'activités soient assujetties à la bureaucratie réglementaire. En outre, la technicité de la définition de la couverture de base risquait de mettre certains fournisseurs de soins en situation d'antagonisme. Même les

caisses maladies ont émis des réserves relativement à l'élargissement de la couverture et à d'autres particularités des propositions<sup>14</sup>.

Il appert que le processus de réforme n'a pas tardé à s'enliser. van de Ven et Schut ont brillamment mis en lumière les causes de cet échec. Tout d'abord, la réforme adoptée au début du processus était le fruit d'un compromis. Cependant, les parrains de la réforme avaient oublié un détail important : lorsque les gouvernements de coalition se succèdent, il est très difficile d'aller de l'avant, sauf si *chaque étape du processus* est aussi équilibrée que le projet dans son ensemble, ce qui s'avère presque impossible<sup>15</sup>. Certains éléments de la réforme, notamment ceux qui avaient trait à l'assurance sociale, ont été mis en place au terme d'une alliance avec certains groupes d'intérêts du secteur de la santé, comme nous le verrons ci-après. Par contre, le noyau du projet, l'assurance-maladie universelle faisant appel à la concurrence encadrée, a été abandonné en 1994, lorsqu'une coalition complexe dirigée par les travaillistes, mais qui ménageait une place aux libéraux (droite) et qui, pour la première fois en 20 ans, laissait les chrétiens-démocrates (centre-droite) dans l'opposition, a pris le pouvoir.

Certains États américains qui ont eu recours à cette approche pour réformer le système de santé se sont heurtés à des difficultés similaires dans les années 1990. À la fin des années 1980 et au début des années 1990, un certain nombre d'États ont tenté de procéder à une refonte de l'assurance-maladie ou à un élargissement du régime public afin que certains segments non assurés ou sous-assurés de la population bénéficient de la même couverture. En général, la réforme consistait en une série de mesures qui s'inscrivaient dans un plan d'action global. Cependant, dans tous les États, la réforme est restée en plan ou a été annulée par suite d'un changement de gouvernement et de la perte graduelle des appuis politiques. Par exemple, dans l'État de Washington, la loi-cadre sur la réforme de l'assurance a été adoptée en 1993, mais n'a pas été mise en œuvre, et a été remplacée par une loi plus modeste en 1995. Au Minnesota, l'augmentation progressive de la couverture offerte aux personnes à faible revenu ainsi que d'autres mesures visant à instaurer une assurance-maladie universelle ont été adoptées en 1992, mais ont par la suite été revues à la baisse. Au Kentucky, le projet consistant à offrir l'assurance publique aux personnes se trouvant en deçà du seuil fédéral de la pauvreté n'a pas été mis en branle. Il convient toutefois de souligner que le Tennessee, qui avait adopté une réforme radicale de son régime d'assurance publique afin que tous les résidents non assurés soient couverts, a été confronté à de graves problèmes de mise en œuvre et a fermé l'accès au régime<sup>16</sup>. En Oregon, un plan ambitieux, qui visait à permettre à davantage de bénéficiaires à faible revenu d'être couverts par le régime public grâce à une restriction de l'éventail de services assurés, s'est concrétisé, comme nous le verrons plus loin, mais d'autres mesures visant à assurer les travailleurs à faible revenu par l'entremise des employeurs ont été contrées.

### **c) Gradualisme : Australie et Canada**

En Australie et au Canada, le processus de modification du cadre de la politique gouvernementale en matière de financement ou de prestation des services de santé a été plus graduel que dans tous les pays susmentionnés. Les conditions nécessaires à une réforme radicale ou planifiée n'étaient tout simplement pas réunies. Ces deux pays sont des fédérations où la santé est une responsabilité partagée entre l'administration centrale et les administrations infranationales (les États en Australie et les provinces au Canada). Par conséquent, l'obtention des appuis nécessaires à la réalisation d'une réforme en profondeur s'avère plus complexe que dans un régime unitaire. Cependant, il existe des différences importantes entre les deux régimes fédéraux à cet égard.

Contrairement aux provinces canadiennes, qui ont une marge de manœuvre financière beaucoup plus grande que l'administration fédérale au chapitre de la santé, les États australiens comptent dans une large mesure sur le Commonwealth (l'administration fédérale) pour le financement des services de santé<sup>17</sup>. Au Canada, les administrations provinciales gèrent les régimes d'assurance-hospitalisation et soins médicaux conformément aux critères énoncés dans la loi fédérale à titre de conditions préalables aux transferts financiers; en Australie, le Commonwealth administre le régime d'assurance-maladie et finance les hôpitaux publics, qui appartiennent aux États et sont gérés par ces derniers.

Par conséquent, l'administration fédérale australienne joue un rôle plus important que son homologue canadienne dans le secteur de la santé et est davantage en mesure de prendre des mesures unilatérales. De plus, le cadre d'action en matière de santé a, au fil des ans, subi des transformations radicales, dictées par les différents gouvernements qui se sont succédés à la barre du pays. Dans les années 1940, les travaillistes ont mis en place un régime public d'assurance-hospitalisation. Au cours de la décennie suivante, un gouvernement de coalition a annulé cette mesure. En 1974, le gouvernement travailliste a créé un régime universel d'assurance-hospitalisation et soins médicaux (*Medibank*), qui était censé s'inspirer du régime canadien. Toutefois, à peine quelques mois plus tard, la coalition formée du Parti libéral et du Parti national est élue à la tête du pays et apporte une série de changements qui, dans les faits, sonnent le glas du régime public universel. Une fois de retour au pouvoir, les travaillistes ont mis sur pied un autre régime public universel (*Medicare*) en 1984.

Cependant, dans les années 1990, pour la première fois depuis des décennies, l'élection d'un nouveau gouvernement à l'échelon du Commonwealth ne s'est pas traduite par une refonte en profondeur de la politique de santé. Sans doute rendue lasse par les revirements des années antérieures, la coalition du Parti libéral et du Parti national portée au pouvoir en 1996 (et réélue en 1998) a choisi de ne pas faire table rase des politiques travaillistes. Elle a plutôt décidé de renforcer progressivement les éléments privés du régime, dans une large mesure en augmentant les subventions de l'État à l'assurance privée, comme nous le verrons plus loin<sup>18</sup>.

Contrairement à ce qui s'est produit en Australie, l'orientation du système de santé est demeurée foncièrement stable durant les décennies qui ont suivi la création de l'assurance-maladie. En effet, le *renforcement* du modèle universel à payeur unique par l'interdiction des frais modérateurs et de la « surfacturation » applicable aux services médicaux et hospitaliers publics au milieu des années 1980 constitue la plus importante modification apportée au cadre législatif fédéral régissant le système. Après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984, laquelle impose des pénalités financières aux provinces ayant recours à de telles pratiques, toutes les provinces ont vu à la conformité de leur régime.

On pourrait dire que les changements d'orientation en matière de santé que le Canada a connus au cours des années 1990 portent la marque du gradualisme en période de restriction budgétaire<sup>19</sup>. Comme en témoignent d'autres analyses présentées au comité du Sénat, l'administration fédérale et les provinces ont fait preuve d'une rigueur budgétaire spectaculaire d'un point de vue historique et comparatif. Les mécanismes de resserrement des dépenses étaient sévères, mais ont laissé intacts les fondements du système. Le Canada n'a pas tenté, à titre expérimental, de créer un « marché interne » comme la Grande-Bretagne et la Nouvelle-Zélande et n'a pas procédé à une réorientation afin de favoriser le financement privé comme l'Australie (bien que le système

ait fait l'objet d'une certaine « privatisation passive », qui est décrite dans d'autres analyses présentées au comité du Sénat). Toute modification de fond au cadre d'action aurait dû être approuvée au terme de négociations entre le gouvernement fédéral et les provinces, pour des raisons d'ordre politique et constitutionnel. En théorie, un gouvernement majoritaire fédéral ou provincial aurait cependant pu agir unilatéralement. Le gouvernement fédéral aurait pu modifier les conditions des transferts, comme, selon toute vraisemblance, en 1984. De même, une province aurait pu décider de déroger aux critères fédéraux, malgré les pénalités financières. Dans les faits, aucun gouvernement n'était cependant disposé à faire cavalier seul afin de modifier le programme social canadien le plus populaire, en l'absence d'une entente fédérale-provinciale pouvant faire contrepoids au risque politique. Or, compte tenu du climat très tendu qui caractérisait les relations fédérales-provinciales durant les années 1980 et 1990, pareille entente était impossible. Les gouvernements ont préféré miser principalement sur les restrictions budgétaires sévères. Sur la scène fédérale, les paiements de transfert ont été réduits dans une série de budgets à partir de 1985. Au milieu des années 1990, le gouvernement libéral au pouvoir à Ottawa a regroupé un certain nombre de transferts sociaux, entre autres le transfert relatif à la santé, pour créer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, qui réduisait l'enveloppe globale tout en assurant un niveau minimal constant de financement fédéral, et laissait inchangées les conditions que les régimes provinciaux devaient respecter pour être admissibles au transfert.

Les provinces se sont elles aussi concentrées sur les restrictions et les réaffectations budgétaires sévères afin de ralentir la croissance des dépenses de santé. Elles sont cependant intervenues pour restructurer le système hospitalier; toutes les provinces sauf l'Ontario (une exception de taille qui représente environ 40 % du système de santé canadien) ont rapproché quelque peu le secteur hospitalier de l'État en mettant sur pied des régies régionales, ou en leur donnant plus de pouvoirs, aux fins de la gestion des hôpitaux et d'autres établissements. Toutefois, ces régies, dont les membres sont nommés par le gouvernement provincial, ont conservé leur autonomie face à ce dernier, et leurs membres étaient plus susceptibles de se percevoir comme des représentants de la collectivité que comme des mandataires de la province<sup>20</sup>.

En résumé, les paramètres de base des systèmes du Canada et de l'Australie sont demeurés en grande partie inchangés durant les années 1990, au moment où des changements graduels étaient apportés. La nature, de même que le processus de mise en œuvre, de ces changements ont été fortement tributaires de la structure des systèmes en place, comme nous le verrons dans la prochaine section.

### **III. MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE LA SANTÉ : ALLIANCES STRATÉGIQUES**

Que le gouvernement ait eu recours à une approche radicale, planifiée ou progressive pour réformer le système de santé, la réussite du projet dépendait dans une large mesure de sa capacité de conclure des alliances avec des intervenants du secteur de la santé. Or, la nature de ces alliances a eu un impact déterminant sur le processus de mise en œuvre de la réforme.

De telles alliances sont subordonnées à la structure des intérêts dans le secteur de la santé, laquelle est à son tour déterminée par le cadre d'action qui a été mis en place. À cet égard, la délimitation de la frontière qui sépare le financement public du financement privé s'avère

particulièrement importante. Les différentes options qui peuvent être envisagées aux fins de la délimitation de cette frontière ont une grande incidence sur l'équilibre des influences exercées par l'État, les sources de financement privé et les principaux fournisseurs de services de santé. Comme le démontrent les autres analyses présentées au comité du Sénat, cette frontière peut être délimitée de quatre façons :

1. Existence en parallèle d'un système public et d'un système privé : Pour un éventail de services donné, un système de santé financé par le secteur privé constitue une solution de rechange au secteur public, et ce, sans que l'État n'ait à injecter des fonds directement. En général, le système privé n'assure qu'un petit sous-ensemble de services rattachés à des créneaux rentables. Par conséquent, les fournisseurs de services et l'État constituent les deux principaux interlocuteurs, les assureurs privés étant appelés à jouer un rôle relativement marginal.
2. Participation aux frais : L'État finance en partie la prestation d'un large éventail de services, le reste des frais étant couverts par le bénéficiaire ou une assurance privée. La quote-part du bénéficiaire peut varier en fonction de son revenu. Dans un tel système, le fournisseur traite avec plusieurs sources de financement pour être rémunéré en contrepartie des soins prodigués à un bénéficiaire, et la base de l'entente entre les fournisseurs et les payeurs est plus fragmentée.
3. Catégories de bénéficiaires : Certaines catégories de gens sont couvertes par le régime d'assurance-maladie de l'État, alors que d'autres contractent une assurance privée. Dans un pareil système, la source de rémunération des fournisseurs varie selon le bénéficiaire. Là encore, la base de l'entente entre les fournisseurs et les payeurs est fragmentée, bien que cela puisse ouvrir la voie à des ententes distinctes pour certaines catégories de bénéficiaires.
4. Segments du secteur de la santé : Certains segments sont entièrement financés par l'État, tandis que d'autres comptent uniquement sur des sources de financement privé. En pareil cas, la base de l'entente conclue entre l'État et les fournisseurs de services financés par les deniers publics est intégrale, alors qu'une entente conclue à l'échelle du secteur repose sur une assise fragmentée.

À des degrés divers, les pays à l'étude sont représentatifs de ces modèles (tableau 4). Les résultats qu'ils ont obtenus au terme de la mise en œuvre de leur réforme du système de santé témoignent de ces différences, comme nous le verrons dans la présente section.

Tableau 4 : Circonstances influant sur la mise en œuvre de la réforme

<i>Type de stratégie</i>	<i>Pays</i>	<i>Frontière entre le système public et le système privé</i>	<i>Structure des intérêts</i>
Radicale	Grande-Bretagne	Existence en parallèle d'un système public et d'un système privé (créneaux)	L'État et la profession médicale sont les principaux interlocuteurs.
	Nouvelle-Zélande	Hybride : Existence en parallèle d'un système public et d'un système privé (créneaux) et participation généralisée aux frais dans le segment des soins	Fragmentée : État, fournisseurs, assureurs privés et particuliers

		ambulatoires	
	États-Unis	Création de catégories de bénéficiaires et participation généralisée aux frais	« Hyper-pluralisme »
Planifiée	Pays-Bas	Création de catégories de bénéficiaires	« Secteur social médian » : caisses d'assurance sociale, associations de médecins et assureurs privés
Graduelle	Australie	Hybride : Existence en parallèle d'un système public et d'un système privé financé par l'État (créneaux), et participation généralisée aux frais	Fragmentée : État, fournisseurs, assureurs privés et particuliers
	Canada	Le mode de financement varie selon le segment du secteur de la santé.	L'État et la profession médicale sont les principaux interlocuteurs en ce qui a trait aux services médicaux et hospitaliers.

#### a) Mise en œuvre d'une réforme radicale : Grande-Bretagne et Nouvelle-Zélande

Avant les tentatives de réforme radicale réalisées dans les années 1990, les systèmes de santé de la Grande-Bretagne et de la Nouvelle-Zélande présentaient des similitudes et des différences importantes; or, ces différences se sont avérées cruciales eu égard à la dynamique du changement survenu au cours de cette décennie. Dans les deux pays, les hôpitaux étaient la propriété de l'État, qui se chargeait également de leur financement et de leur gestion. Ainsi, l'accès aux services hospitaliers sans franchise était universel, même si des hôpitaux privés offraient un éventail restreint de services dans un système parallèle. Les médecins spécialistes exerçaient dans les hôpitaux publics à titre de salariés, mais la plupart d'entre eux avaient également une clientèle privée qui leur procurait un revenu d'appoint suivant la formule de la rémunération à l'acte. Les bénéficiaires qui désiraient être soignés dans le secteur privé pouvaient contracter une assurance privée. Cependant, au delà de ces similitudes fondamentales, il existait des différences de taille entre les deux systèmes de santé, les plus importantes ayant trait à l'organisation et au financement des services de médecine générale. En Grande-Bretagne, les omnipraticiens, tout en conservant officiellement le statut de travailleurs autonomes, se voyaient attribuer par des organismes locaux une enveloppe pour soigner un certain nombre de bénéficiaires, et ces derniers ne participaient pas aux frais inhérents à ces services. En Nouvelle-Zélande, les omnipraticiens étaient rémunérés à l'acte. Dès la création du système, en 1938, l'État avait financé les services assurés par les omnipraticiens; cette participation financière était liée aux ressources du malade, de sorte que les personnes à revenu élevé ont toujours acquitté une part considérable des honoraires. Au fil des ans, le financement public n'a pas augmenté au même rythme que les honoraires médicaux, de sorte que, dans les années 1980, il couvrait environ la moitié seulement des dépenses totales relatives aux soins primaires. Si l'on fait abstraction de certains services ciblés tels que la protection de la maternité, moins de la moitié de la population bénéficiait du financement public des soins primaires; de plus, la part de l'État ne représentait qu'environ la moitié des honoraires exigés. Les omnipraticiens néo-zélandais doivent donc traiter avec un plus grand nombre de payeurs que leurs homologues britanniques.

Les deux systèmes se distinguent également au chapitre de l'administration du système hospitalier. La nationalisation des hôpitaux et leur réorganisation au sein d'une structure régionale hiérarchisée constituaient un élément clé de la création du service national de santé britannique (NHS), un organisme qui a été vivement contesté à ses débuts, mais qui a survécu à plusieurs restructurations au cours des décennies suivantes. La structure hiérarchisée avait des dimensions corporatistes jugées essentielles au maintien du secret professionnel. Par exemple, les médecins-conseils n'étaient pas au service de l'hôpital, leur contrat étant plutôt négocié à l'échelon régional. En revanche, la Nouvelle-Zélande avait laissé intactes les structures locales de gestion hospitalière lors de la nationalisation du système à la fin des années 1930.

Ces différences relatives au financement et à l'organisation ont eu d'importantes répercussions sur la dynamique politique de chaque système. En raison de l'intégralité du système britannique, les fournisseurs de services ont entretenu une relation étroite avec l'État, qui repose sur ce que Rudolf Klein a qualifié d'« entente implicite » : la profession acceptait que l'État établisse les paramètres budgétaires généraux du système et, en contrepartie, ses membres pouvaient exercer leur jugement clinique et réaffecter les ressources, tout en respectant ces paramètres. Cela s'applique tout particulièrement aux omnipraticiens, dont les services étaient presque exclusivement financés par l'État. Toutefois, même les médecins-conseils (spécialistes) qui exerçaient leur profession en partie dans le secteur privé devaient avoir un port d'attache dans le secteur public, car leur légitimité professionnelle et leur accès aux ressources du système de santé en dépendaient. Le système consistait en un ensemble de réseaux cliniques et de réseaux de responsabilité qui, malgré leur complexité, avaient atteint un niveau de développement qui réduisait les coûts administratifs pour les décideurs, ce qui s'avère important lorsque le budget est restreint.

Par contraste, l'entente conclue entre les fournisseurs de services et l'État néo-zélandais était beaucoup moins exclusive. Les structures locales de gestion hospitalière et les décideurs du pouvoir central entretenaient des rapports tendus, ponctués de tentatives infructueuses de réorganisation du système hospitalier effectuées périodiquement par l'administration centrale<sup>21</sup>. Cependant, le fait que, au fil des ans, les omnipraticiens, qui représentaient bien plus de la moitié des médecins actifs du pays, sont devenus de plus en plus dépendants des sources de financement privé, soit les bénéficiaires ou les assureurs, revêt une importance encore plus grande. Aux termes de leur entente respective avec l'État, les médecins néo-zélandais ont fait meilleure figure que leurs confrères britanniques au chapitre des revenus. Dans l'optique de la parité des pouvoirs d'achat, le revenu moyen de la profession médicale était, en 1990, plus élevé en Nouvelle-Zélande de quelque 28 %<sup>22</sup>, et ce, même si la proportion d'omnipraticiens était plus grande qu'en Grande-Bretagne.

Dans ces deux contextes nationaux, les tentatives de réforme axées sur la création d'un marché interne que nous avons analysées précédemment ont connu un dénouement fort différent. En Grande-Bretagne, un plan d'action global prévoyant des changements spectaculaires a été atténué à l'étape de la mise en œuvre, lorsque les réseaux existants ont pris le relais. En Nouvelle-Zélande, le processus de réorientation a été très volatil, ponctué de plusieurs changements de cap et revirements qui se sont enchaînés rapidement.



Pour expliquer pourquoi le projet de création d'un marché interne n'a pas eu la même issue en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande, nous devons analyser la nature de l'entente existant entre les fournisseurs de services et l'État qui caractérisait les deux systèmes avant la réforme. En Grande-Bretagne, la *présentation* du projet a sans conteste marqué une rupture de cette entente. Cependant, cette entente a été ressoudée et redéfinie lors de la *mise en œuvre*. Les autorités sanitaires ont été officiellement démantelées, mais leurs composantes ont reconstitué leurs réseaux lorsque les négociations sont devenues plus explicites. Les omnipraticiens, un maillon clé de la relation entre le corps médical et l'État depuis qu'ils avaient accepté, non sans réticence, de participer au système en 1948, ont été appelés à jouer un rôle plus important avec l'étonnante popularité du modèle des « titulaires d'enveloppe ». En effet, les omnipraticiens titulaires d'enveloppe sont devenus des alliés des pouvoirs publics dans leurs efforts visant à sceller le caractère irréversible du marché interne. À leur arrivée au pouvoir en 1997, les travaillistes ont conservé les caractéristiques essentielles du modèle dissociant l'acheteur et le fournisseur, tout en changeant le vocabulaire employé pour le décrire. De plus, ils ont universalisé le concept des enveloppes gérées par les omnipraticiens – en lui donnant toutefois une autre appellation – avec la mise sur pied des groupes de soins primaires, qui allaient occuper une place encore plus prépondérante dans le système.

Par définition, le marché interne faisait évidemment partie du système financé par les deniers publics. L'État demeurait le bailleur de fonds. Cela signifie qu'un certain nombre d'acteurs des pouvoirs publics, des politiciens et des représentants de l'appareil bureaucratique qui n'avaient pas les mêmes objectifs et ne jouaient pas le même rôle, étaient partie prenante au système de prise de décision. Que l'instauration du marché interne ait eu pour objectif de mettre en place une zone tampon impartiale entre les acteurs politiques et les décideurs chargés de rationaliser et de restructurer les services de santé, c'est en définitive au Secrétariat d'État à la santé qu'il appartenait de mettre en œuvre la réforme. Comme un observateur l'a fait remarquer avec finesse, l'élaboration du cadre de la réforme et sa mise en œuvre sont aussi différentes que le *blitzkrieg* et l'occupation<sup>23</sup>. Cela signifiait que les acteurs du système, surtout les médecins, devaient demeurer au sein d'une coalition d'appuis.

Avec son projet, le gouvernement travailliste espérait également réussir là où le marché interne avait échoué, c'est-à-dire intégrer la responsabilité des décisions cliniques et financières, en l'occurrence, au moyen de structures de « gestion clinique ». Dans diverses sections du document, cette expression riche mais ambiguë pouvait suggérer un renforcement des pouvoirs et de l'obligation de rendre compte des administrateurs et des cliniciens. Par ailleurs, un institut national de l'excellence clinique a été créé afin d'établir des protocoles cliniques et d'évaluer la technologie. (La première série de protocoles rédigés par cet organisme consistait en des directives aux omnipraticiens concernant l'aiguillage vers un spécialiste des malades souffrant de certaines affections courantes.) Cependant, si l'on en juge d'après les tentatives réalisées dans les années 1990, le projet de réforme sera modifié dans une large mesure durant la mise en œuvre. Si elle réagit de façon stratégique comme par le passé, la profession médicale continuera d'exercer un contrôle *de facto* sur les structures de gestion clinique. Dans ce contexte, c'est vraisemblablement le secteur de la médecine générale, où, compte tenu de la tradition d'« indépendance », les mécanismes collégiaux sont moins avancés, qui représente le principal défi à relever pour la profession<sup>24</sup>.

En revanche, l'entente entre l'État néo-zélandais et les fournisseurs de services reposait sur des bases plus précaires et a été fragilisée davantage par des tentatives de réforme spectaculaires. La

dissociation des rôles d'acheteur et de fournisseur a été perçue comme un autre épisode de la lutte perpétuelle pour la mainmise sur la structure de gestion des hôpitaux. En outre, la Nouvelle-Zélande est partie de zéro pour créer les organismes acheteurs, alors que la Grande-Bretagne avait restructuré des entités existantes. Cela signifie qu'il n'existait pas de réseau établi pouvant participer à la mise en œuvre de la réforme. Plus important encore est le fait que les pouvoirs publics pouvaient difficilement amener les omnipraticiens, qui, de plus en plus, se trouvaient en marge de l'axe fournisseurs-État, à militer en faveur de la réforme. Ceux qui avaient le statut de « chargé de budget » exerçaient une influence accrue au sein du système, sans toutefois être autorisés à acheter des services hospitaliers comme en Grande-Bretagne. Quoi qu'il en soit, le gros des services assurés par les omnipraticiens n'étaient toujours pas financés par l'État. Comme elle n'avait pas récolté des appuis importants auprès des fournisseurs de services, la réforme néo-zélandaise était vulnérable, son impact suscitant de plus en plus d'appréhension parmi la population.

Cela s'est traduit par un processus de mise en œuvre très ardu, marqué par une série de réorientations. Ce sont d'abord les éléments de la réforme qui étaient les plus pro-marché et contraires au modèle britannique qui ont été supprimés. Moins d'un an plus tard, les hôpitaux publics cessaient d'exiger des frais modérateurs. La proposition relative à l'instauration de la concurrence encadrée entre les autorités sanitaires régionales et les acheteurs privés a elle aussi été retirée assez rapidement. Le comité consultatif national de la santé et de l'invalidité a néanmoins poursuivi son travail et a mené des consultations publiques élargies afin de définir la notion de service rentable, ainsi que de déterminer quels types de services généraux devraient avoir la priorité et quels services ne devraient pas être financés par l'État<sup>25</sup>. Si elle a permis de rehausser le débat public sur l'assurance-maladie, la consultation n'a pas atteint son objectif, soit l'établissement d'une liste ou d'un panier de services classés par priorité.

Les élections d'octobre 1996 constituaient le premier scrutin à se dérouler après l'adoption de la représentation proportionnelle, qui marquait le début d'une ère de gouvernements de coalition ou minoritaires. La coalition qui a alors pris le pouvoir a accéléré le processus d'annulation de la réforme. Les quatre autorités sanitaires régionales ont fait place à une autorité de financement de la santé; les sociétés d'État de services de santé ont perdu leur but lucratif et ont pris un virage communautaire et régional; la gratuité des soins pour les enfants de six ans et moins est entrée en vigueur. Avec l'élection d'un gouvernement travailliste minoritaire en 1999, on s'attendait à ce que le processus de démantèlement du marché interne soit mené à terme. Le gouvernement a fait part de son intention d'intégrer les fonctions de l'autorité de financement de la santé au sein du ministère de la Santé et de remplacer les sociétés d'État de services de santé par 22 régions régionales élues à l'échelon local; ainsi, le système en place avant 1993 a dans une large mesure été restauré. Par contre, d'après les premières indications, les dernières mesures de réforme continueront de faire une très large place aux mécanismes de gestion et de reddition de comptes, entre autres aux attentes en matière de rendement, aux incitations, aux sanctions, ainsi qu'aux mécanismes visant à assurer la réalisation des objectifs et le respect des normes de l'État.

Même si le marché interne a généralement été démantelé, il faut reconnaître que la tentative de réforme a rehaussé le débat public et a accru la transparence des tractations portant sur les services de santé. De plus, il pourrait bien y avoir un « effet d'indolence » qui rappelle ce qui s'est passé en Grande-Bretagne. Le modèle du chargé de budget a gagné en popularité avec le temps. Une multitude d'omnipraticiens ont de leur plein gré opté pour cette formule pour les services de laboratoire et les produits pharmaceutiques, et bon nombre d'entre eux ont formé des

associations de praticiens exerçant seuls (qui s'inspirent davantage des *multi-funds* britanniques que des IPA américaines regroupant de nombreuses spécialités). À la fin de 1996, 60 % des omnipraticiens étaient des chargés de budget au sein de telles associations<sup>26</sup>. Bien qu'il ne soit pas aussi répandu que le modèle britannique (titulaire d'enveloppe), le modèle du chargé de budget a petit à petit jeté les bases de la réforme des soins primaires. En mars 2000, le gouvernement travailliste a présenté un document de travail sur une réforme des soins primaires reposant sur un prolongement de ce modèle. Dans le système envisagé, des bénéficiaires deviendraient des clients d'un regroupement de médecins qui recevrait une subvention en fonction de l'envergure de leur clientèle. La réforme a reçu un appui prudent de la part de la profession médicale<sup>27</sup>.

## **b) Changements apportés au lendemain de l'échec d'une réforme radicale : États-Unis**

L'échec de la réforme Clinton en 1994 annonçait un retour à la « bonne vieille politique ». En d'autres termes, la réforme du système de santé passait par des modifications aux programmes existants, notamment au régime public d'assurance-maladie destiné aux personnes âgées et aux personnes handicapées (*Medicare*), qui représente environ 40 % du total des dépenses publiques de santé. Depuis le début des années 1980, le sort du régime public d'assurance-maladie, qui a une incidence énorme sur le plan budgétaire, a été étroitement lié au marchandage politique dont le budget faisait l'objet au Congrès. Dans les années 1990, ces tractations sur le budget ont eu pour toile de fond une vive hostilité partisane et, pour reprendre l'expression employée par Allen Schick, un « hyper-pluralisme » des intérêts engendré par l'évolution mouvementée du marché mixte des services de santé aux États-Unis<sup>28</sup>.

Le rejet de la proposition Clinton a contribué à la transformation radicale du paysage politique. Au terme des élections au Congrès en 1994, les États-Unis ont été confrontés à une situation inédite depuis 1946 : un partage du pouvoir entre les républicains, qui détenaient la majorité des sièges au Sénat et à la Chambre des représentants, et les démocrates, qui occupaient la Maison-Blanche. Comme l'équilibre budgétaire était un élément clé du programme politique des républicains, les tractations sur le budget allaient inévitablement être au cœur des batailles que le Congrès et le président allaient se livrer. Le régime public d'assurance-maladie a inexorablement été entraîné dans les négociations sur l'adoption d'une loi d'équilibre budgétaire. Il s'en est suivi une période de luttes partisans acharnées qui a abouti à une impasse budgétaire et à la paralysie de la fonction publique à l'automne 1995. Les deux grands partis ont fait de cette impasse un enjeu des élections à la présidence et au Congrès en 1996. Le nouveau paysage politique qui a résulté de ce scrutin était un peu plus propice à un compromis budgétaire entre les deux partis. Les républicains ont conservé leur majorité au Congrès; en revanche, deux facteurs ont quelque peu ému leur autorité : la perte nette de trois sièges et le fait que ce résultat pouvait être interprété comme une désapprobation du rôle qu'ils avaient joué dans l'impasse budgétaire.

La loi sur le budget équilibré (*Balanced Budget Act* ou BBA) qui a été présentée en 1997 reprenait bon nombre des éléments de la proposition rejetée en 1995; cependant, certains des irritants qui faisaient obstacle au consensus bipartite avaient été supprimés. En réduisant davantage les paiements aux fournisseurs que le texte de 1995, la BBA de 1997 permettait d'ajouter sept blocs de services à la liste des services assurés. De plus, des économies allaient être réalisées grâce à l'ajout au programme d'un volet qui permettait une participation accrue des fournisseurs « non traditionnels ». Le nouveau volet, *Medicare+Choice*, offrait aux bénéficiaires une alternative : une assurance privée ou un régime de soins gérés dans un cadre réglementaire révisé, caractérisé par le paiement d'honoraires réduits établis pour chaque bénéficiaire. La BBA

de 1997 a eu une incidence spectaculaire sur le plan financier : en 1998, les coûts du régime public d'assurance-maladie ont affiché une croissance plus faible que les coûts enregistrés par le secteur privé, une première depuis 1992.

En résumé, les tractations politiques entourant le financement du régime public d'assurance-maladie dans les années 1990 ont mis au premier plan la réduction des honoraires des fournisseurs en tant que dénominateur commun du consensus bipartite. En clair, les républicains étaient opposés à toute augmentation des dépenses; les démocrates s'objectaient quant à eux à ce que la couverture soit réduite ou à ce que le fardeau financier des bénéficiaires soit alourdi, sauf si le barème des cotisations était plus progressif. Seule une diminution des honoraires des fournisseurs pouvait satisfaire à ces deux exigences. En outre, les tenants du modèle traditionnel du payeur unique étaient satisfaits, comme il continuait de s'appliquer à la plupart des bénéficiaires. Ceux qui préconisaient une participation accrue des assureurs privés au régime public d'assurance-maladie ont eu gain de cause avec la formule *Medicare+Choice*; il importait cependant que ces assureurs acceptent la réduction des versements.

Toutefois, les fournisseurs de services ne sont pas sans voix à Washington. Alors pourquoi n'ont-ils pas mieux réussi à s'opposer à ces compressions budgétaires? Pourquoi la American Medical Association a-t-elle soutenu activement la loi? Nous pouvons avancer plusieurs faits complémentaires en réponse à cette question. Premièrement, la BBA de 1997, à l'instar du texte de 1995, accordait aux fournisseurs un certain nombre d'avantages compensatoires. Deuxièmement, ils continuaient à exercer une influence dans le domaine inextricable de la conception technique et du calcul des formules de rémunération, et avaient tendance à se fragmenter en groupes discrets, voire en entités isolées, afin de promouvoir leurs propres intérêts. Troisièmement, dans le contexte économique de la fin des années 1990, le secteur privé restreignait davantage la rémunération des fournisseurs que le secteur public. Ces derniers se trouvaient donc dans une situation délicate : s'ils s'étaient opposés trop énergiquement à une compression générale de leurs revenus en vertu des formules de la rémunération à l'acte et du paiement préétabli, le Congrès aurait pu encourager davantage le recours aux organisations privées de gestion intégrée de soins sous l'égide du régime public d'assurance-maladie. Si nous analysons ce qui s'est produit avec les assureurs privés, nous pouvons croire qu'un tel virage aurait pu fort bien restreindre encore plus la rémunération des fournisseurs. Enfin, la BBA n'a pas eu le même impact sur tous les fournisseurs. Les hôpitaux et les organismes de soins à domicile sont ceux qui en ont le plus souffert. Cependant, ce qui est encore plus significatif, c'est que de toutes les catégories de fournisseurs, ce sont les médecins qui ont été le plus avantagés par la BBA, du moins d'après les premières données.

La BBA de 1997 n'a pas clos le débat sur la viabilité financière du régime public d'assurance-maladie aux États-Unis. Au contraire, cette loi a lancé une nouvelle ronde de discussions sur la transformation de ce régime par la mise en place d'une forme de système de « coupons ». Un tel système allait permettre aux sources de financement privé de jouer un rôle plus important, essentiellement en versant aux bénéficiaires une « subvention à la prime », afin qu'ils contractent une assurance privée dans un régime de concurrence encadrée. C'est précisément cette option que George Bush a défendu lors de la campagne présidentielle de 2000. Cependant, comme des données nouvelles laissent entendre que l'apparente supériorité des assureurs privés au chapitre de la réduction des coûts pourrait être un phénomène temporaire attribuable à une politique de rabais très alléchants, et comme de plus en plus d'assureurs privés délaissent le marché *Medicare+Choice*, la subvention à la prime semble moins « vendable »<sup>29</sup>.

L'économie politique fragmentée du secteur américain de la santé continuera vraisemblablement de paralyser la vie politique et de secouer le marché.

### **c) Mise en œuvre d'une réforme planifiée : Pays-Bas**

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le processus que les Pays-Bas avaient mis en branle afin d'instaurer un cadre global intégrant l'assurance sociale et l'assurance privée s'est enrayé au milieu des années 1990. Il n'en demeure pas moins que ce pays a réalisé des progrès importants dans certains segments, notamment l'assurance sociale et les médicaments prescrits. Là encore, la réforme a été façonnée par la structure des intérêts. Dans le système néerlandais, qui repose sur la répartition de la population en catégories, les fournisseurs vont et viennent entre l'univers de l'assurance sociale et celui de l'assurance privée selon la situation du bénéficiaire. Cependant, ces deux univers sont très bien définis à l'intérieur d'un cadre réglementaire obligatoire. C'est dans le « secteur social médian » que des ententes sont conclues entre des groupes relativement importants et cohésifs : les caisses maladies, les associations de médecins, les assureurs privés, etc.

L'abolition des monopoles régionaux détenus par les caisses maladies constitue le changement le plus marquant qui soit survenu au cours des années 1990. Ainsi, les caisses ont été autorisées à se disputer les clients et à retenir les services de médecins de tout le pays. Progressivement, les paiements rétrospectifs aux caisses maladies<sup>30</sup> ont été remplacés en partie par des paiements préétablis rajustés en fonction du risque pour chaque client, et la formule de rajustement en fonction du risque a été mise au point de manière à inclure la situation vis-à-vis de l'activité/la sécurité sociale, la région de résidence ainsi que l'âge et le sexe. De 1993 à 1999, le pourcentage des recettes des caisses maladies correspondant aux paiements rajustés en fonction du risque est passé de 3 à 35 %<sup>31</sup>. De plus, les caisses maladies ont été autorisées à percevoir une prime (qui doit être identique pour tous les clients). En raison de la concurrence qu'elles se sont livrées sur le plan des prix, l'écart entre les primes atteignait 40 % en 1997 et 25 % en 1999<sup>32</sup>.

La réforme a principalement eu pour effet de transformer le « secteur social médian » de la santé. On a assisté à la fusion de certaines caisses maladies, de même que de certains hôpitaux; des caisses maladies ont fait l'acquisition d'hôpitaux; la coopération régionale entre les fournisseurs a été renforcée et accrue<sup>33</sup>. À l'heure actuelle, ce sont les négociations qui se déroulent au sein de ces nouvelles alliances horizontales et verticales qui sont à l'origine des changements dans le système de santé néerlandais. Ce processus a également donné lieu à une expérience prometteuse qui visait à influencer les habitudes de prescription des omnipraticiens. L'association des omnipraticiens a élaboré son propre formulaire et, en collaboration avec l'État et les caisses maladies, a entrepris de mettre sur pied un système de prescription électronique, qui renferme des renseignements facilitant la prise de décision clinique. Des études visant à évaluer l'efficacité générale du système sont en cours. Par conséquent, si elle n'est pas aussi vaste que ce qui avait été prévu au départ, la réforme s'est poursuivie sous l'impulsion des entrepreneurs – des caisses maladies comme des fournisseurs –, dans une dynamique qui devrait donner un autre visage au secteur de l'assurance sociale.

### **d) Mise en œuvre de changements graduels : Australie et Canada**

En Australie et au Canada, comme nous l'avons souligné précédemment, la conjoncture politique se prêtait, non pas à une réforme radicale ou à une réforme planifiée du système de santé, mais

plutôt à une série de changements graduels. La nature des changements doit être analysée dans le contexte de la structure des intérêts dans le secteur de la santé, notamment de la relation existant entre la profession médicale et l'État.

Au Canada, la distinction entre le secteur public et le secteur privé fait en sorte que les fournisseurs de services qui ont traditionnellement été les piliers du système de santé – les médecins et les hôpitaux – entretiennent une relation exclusive avec l'État dans un régime de monopole bilatéral. Cette relation est encore plus étroite qu'en Grande-Bretagne, où le secteur public a proportionnellement une plus grande envergure, bien que la frontière qui sépare les deux secteurs ne soit pas délimitée de la même façon. Dans la version canadienne de l'entente passée entre la profession et l'État qui est à la base du système, le prix des services médicaux est négocié à une table centralisée et est acquitté par les pouvoirs publics. S'il a renoncé à son pouvoir discrétionnaire sur le prix, le médecin s'est en contrepartie assuré une rémunération généreuse, non pas par rapport à son confrère des États-Unis, mais plutôt des autres pays anglo-saxons étudiés dans le présent document<sup>34</sup>. Le corps médical a réussi à préserver un système caractérisé par une grande autonomie clinique et des coûts administratifs relativement bas. (L'État acquitte rapidement les honoraires; la paperasserie est limitée; il n'y pas de mauvaise créance; seuls les cas extrêmes font l'objet d'une évaluation de l'utilisation des services.) De plus, les médecins ont eu une influence capitale sur le système, non seulement dans l'exercice individuel de leur profession, mais également grâce à des structures de cogestion efficaces dans les hôpitaux et au sein de l'administration centrale. Bien que la relation ait constamment eu pour toile de fond un climat de tension, la profession médicale est une figure dominante de la coalition politique qui appuie le système auquel ses revenus et son influence sont étroitement liés.

À l'opposé, la politique australienne en matière de santé se distingue principalement du fait que les décideurs ont cherché délibérément à conserver un système tripartite (État, bénéficiaires et assureurs privés) pour financer un large éventail de services. Par conséquent, les conditions de l'entente entre la profession et l'État sont très différentes. Le médecin conserve son pouvoir discrétionnaire sur le prix, de même qu'une autonomie clinique considérable. Il n'est pas exclusivement rémunéré par l'État : il peut fixer le montant des honoraires facturés au bénéficiaire en sus du montant d'assurance. En échange, le corps médical a accepté que la rémunération versée par l'État soit beaucoup moins élevée qu'au Canada. Cela signifie que même lorsque des sources de financement privé sont mises à contribution, les médecins australiens affichent des revenus bien inférieurs à ceux de leurs homologues canadiens<sup>35</sup>. Les coûts administratifs sont également plus élevés, bien que, de plus en plus, les médecins acceptent de recourir à la « facturation globale » pour éviter ces coûts (ils soumettent leurs relevés d'honoraires directement au régime public d'assurance-maladie et acceptent une réduction de leur rémunération en échange d'un paiement intégral)<sup>36</sup>. Ainsi, le compromis australien a scindé en deux camps la profession en vue de la conclusion d'une entente avec l'État : d'une part, les médecins qui traitent exclusivement avec l'administration publique; d'autre part, ceux qui soumettent également leurs relevés d'honoraires aux bénéficiaires et aux assureurs privés. En laissant la porte ouverte au financement privé, le corps médical n'a pas eu besoin d'un élément de contrepartie déterminant comme dans le cadre du monopole bilatéral canadien, soit un rôle de premier plan au sein des organismes de décision.

Les changements d'orientation graduels qui ont été apportés au Canada et en Australie témoignent des différences observées au chapitre de la structure des intérêts. L'approche canadienne consistait à restreindre la rémunération des fournisseurs tout en les incitant à

participer de plus en plus aux activités des organismes de décision mixtes. En Australie, la réforme était principalement axée sur un renforcement du rôle des assureurs privés. Parmi les pays de l'OCDE, l'Australie s'est distinguée par sa valse-hésitation entre l'universalité des soins et une couverture tributaire des ressources financières du bénéficiaire durant les dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle. En cherchant à créer un système hybride (public et privé) aux fins du financement des services médicaux et hospitaliers, ce pays s'est retrouvé avec un système instable, avec le spectre de l'incertitude économique qui planait sur les sources de financement privé, qu'il s'agisse des bénéficiaires ou des caisses d'assurance. Le pourcentage de gens contractant une assurance privée avait constamment diminué, passant de 80 % en 1970 à 50 % en 1984 et à 30 % en décembre 1998<sup>37</sup>. En général, ce sont les jeunes et les bien-portants qui sont moins enclins à contracter une telle assurance; par conséquent, les personnes représentant un risque accru constituaient une part de plus en plus grande du portefeuille des assureurs privés, et les primes ont augmenté plus rapidement que le coût des services de santé en général<sup>38</sup>.

Le recul du pourcentage de la population qui a souscrit une assurance privée peut être attribué à au moins trois facteurs connexes : la croissance des primes, qui était bien supérieure à celle de l'Indice des prix à la consommation; les gens avaient l'impression que le jeu n'en valait pas la chandelle<sup>39</sup>; comme l'assurance-soins médicaux offerte par les assureurs privés ne couvrait que l'écart entre le montant versé par le régime public et le barème d'honoraires établi, le bénéficiaire risquait d'avoir à payer un montant indéterminé au delà du barème. À la fin des années 1990, afin d'enrayer la diminution du nombre de titulaires de police d'assurance privée et de préserver le système de financement tripartite (État, assureurs privés et bénéficiaires), le gouvernement de coalition du Commonwealth a cherché à contrer chacun de ces facteurs de dissuasion. Ce qui est un peu paradoxal, c'est que les mesures proposées portaient à un niveau sans précédent la participation financière de l'État.

Premièrement, afin d'annuler l'effet de dissuasion produit par l'augmentation des primes d'assurance privée, le gouvernement a mis en place un système de rabais sous forme d'un crédit d'impôt remboursable de 30 %, qui, au départ, était lié au revenu et, à partir de 1999, visait l'ensemble de la population, indépendamment du revenu. Deuxièmement, afin d'inciter les personnes à faible risque à souscrire une assurance à prime unique, le gouvernement a institué un système réglementé d'« assurance-maladie vie entière » qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2000. Grâce à ce système, la prime, qui correspond à un certain pourcentage de la prime de base offerte par la caisse, est garantie à vie, dans la mesure où la couverture est continue. Troisièmement, pour encourager les Australiens à contracter une assurance privée couvrant les soins prodigués dans un hôpital public, l'entente de financement de 1998 avec le Commonwealth donnait, pour la première fois, un accès privilégié aux hôpitaux publics aux bénéficiaires couverts par une assurance privée. Quatrièmement, pour que les bénéficiaires n'aient plus à craindre les frais imprévus lorsque le montant à payer excède ce qui est couvert par l'assurance privée, la loi qui créait le rabais de 30 % prévoyait que, pour y avoir droit, les régimes devaient proposer aux clients un « écart nul ou déterminé » avant juillet 2000.

Les dispositions relatives à l'écart nul ou déterminé ont été accueillies par une levée de boucliers dans les rangs des médecins. En vertu de la loi, chaque médecin devait, pour être rémunéré, conclure un contrat avec un assureur et s'engager à exiger des honoraires conformes au barème du régime public d'assurance-maladie ou excédant ce barème d'un montant déterminé. Ces dispositions ont suscité une vive controverse au sein de la profession médicale, qui se demandait si elle devait s'opposer aux contrats entre les médecins et les assureurs en tant que prélude à

l'instauration du modèle de gestion intégrée des soins « à l'américaine ». Après que la Australian Medical Association eût survécu à un vote de blâme et mené des négociations prolongées avec le ministre de la Santé et du Troisième âge, les règles ont été modifiées de manière que l'écart nul ou déterminé puisse être garanti par d'autres mécanismes que les contrats.

Ces changements d'orientation semblent avoir mis un terme au recul de l'assurance-maladie privée et pourraient même avoir renversé la tendance<sup>40</sup>. Toutefois, il n'est pas certain que les subventions très considérables (qui, en 2000, étaient estimées à 2,19 milliards de dollars australiens par année, soit l'équivalent de quelque 6 % du total des dépenses de l'État en matière de santé) dénotent une bonne utilisation des deniers publics. Par exemple, Duckett et Jackson ont démontré qu'une telle injection de fonds aurait financé le transfert dans le secteur public d'environ 47 à 65 % des clients des hôpitaux privés<sup>41</sup>.

Au Canada, l'approche graduelle s'est traduite par une tentative d'élargissement de l'entente avec les fournisseurs de services médicaux et hospitaliers malgré les restrictions budgétaires. Nous avons fait état, dans les pages qui précèdent, des compressions budgétaires spectaculaires effectuées au pays de 1993 à 1997. Le fait que la frontière qui sépare le financement public du financement privé soit délimitée d'une façon particulière au Canada a exacerbé l'impact de ces réductions budgétaires. Cela signifie que ce sont surtout les services médicaux et hospitaliers qui, traditionnellement, avaient été perçus par le public comme les piliers du système, qui ont porté le poids des diminutions des dépenses publiques. En effet, les restrictions budgétaires ont amplifié les répercussions de la « privatisation passive » du système de santé, qui était déjà en cours avec le virage ambulatoire enclenché par les progrès technologiques; ainsi, la prestation des services de santé a quitté le monde de l'universalité et de l'assurance-maladie sans franchise pour un monde où les sources de financement privé jouent un rôle beaucoup plus important. Enfin, ces changements ont exercé une pression sans précédent sur l'entente fondamentale existant entre les fournisseurs de services et l'État.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, tous les gouvernements provinciaux ont procédé à une intégration horizontale du secteur hospitalier dans les années 1990. Dans cet exercice, ils ont trouvé des alliés dans les hôpitaux susceptibles d'être avantagés par une restructuration. Cependant, les budgets de ces institutions étaient toujours fondés sur des données antérieures et des modifications d'ensemble (bien que l'on ait tenté de mettre au point des formules qui récompensaient l'efficacité), par opposition à des ententes relatives à des paniers de services. Exception faite de la restructuration des établissements hospitaliers, les gouvernements ont exercé leur pouvoir monopsonistique en plafonnant les budgets sans ménagement. Sauf dans quelques cas<sup>42</sup>, ils n'ont pas adopté de mécanisme de passation de contrats. De plus, la relation entre l'hôpital et le médecin, qui reposait sur l'indépendance du recrutement des effectifs médicaux, est demeurée inchangée.

L'exercice de la médecine a continué d'échapper à l'application des programmes de restructuration, et l'exercice de la médecine en cabinet privé, rémunéré à l'acte, est demeuré la pierre angulaire du système. Les négociations ont continué de se dérouler essentiellement entre les gouvernements provinciaux et les associations médicales provinciales. Par contre, d'autres éléments ont été à l'ordre du jour dans les années 1990 lorsque les gouvernements provinciaux ont tenté d'élargir l'entente avec la profession médicale. En suivant le même scénario que par le passé – les restrictions budgétaires sévères qui laissaient aux médecins le soin de faire des choix



subtils – , les gouvernements ont cherché à négocier (et, en l’absence d’un règlement, ont imposé) un plafond global au budget des services médicaux. Comme Hurley et ses collègues l’ont fait remarquer, le plafond global engendre des problèmes de « propriété commune » dans un système de rémunération à l’acte : le médecin ne ressent pas le besoin de réduire ses honoraires, comme la pénalité imposée en cas de dépassement du plafond est répartie de façon égale entre tous les membres de la profession<sup>43</sup>. C’est à l’association médicale de chaque province qu’il appartenait de trouver une solution à ces problèmes; à cet égard, le rôle de cet organisme s’est avéré crucial, et les résultats obtenus variaient considérablement d’une province à l’autre<sup>44</sup>.

Par ailleurs, en imposant ces restrictions budgétaires, les gouvernements provinciaux ont également étoffé le rôle des ordres professionnels. Au milieu des années 1990, des comités de gestion mixte constitués d’un nombre égal de représentants de l’État (entre autres, dans la plupart des cas, d’un représentant du ministère des Finances) et de l’association médicale ont été créés dans sept provinces. (Un organisme jouant le même rôle existait au Québec depuis le début des années 1980.) Sous l’égide de ces organismes, diverses initiatives de planification du secteur de la santé ont été réalisées. En Ontario, par exemple, bien avant le British National Institute for Clinical Effectiveness, l’Institut de recherche en services de santé a été créé et placé sous la responsabilité d’un comité de gestion mis sur pied par l’administration provinciale et la Ontario Medical Association. De telles structures de gestion mixte ont officialisé et sans doute accru l’influence de la profession médicale; cependant, elles ont aussi associé les associations médicales à des décisions controversées qui se sont traduites par des mouvements de scission dans leurs rangs<sup>45</sup>. Même si elles ont périodiquement flirté avec des solutions de privatisation, les associations médicales actives sur la scène fédérale et provinciale ont formellement réitéré leur attachement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et ont généralement mis en relief la nécessité d’augmenter les investissements de l’État dans le système de santé.

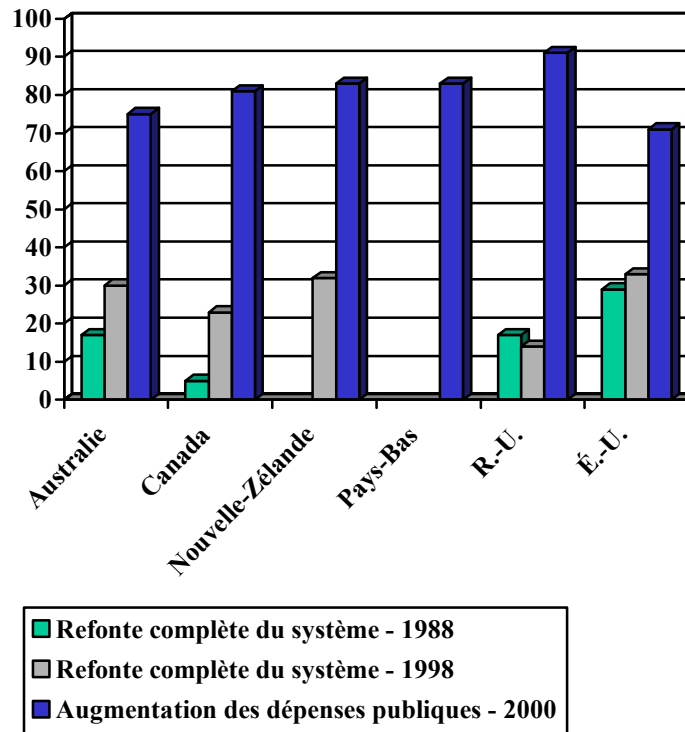
#### IV. RÉPERCUSSIONS SUR L’OPINION PUBLIQUE

Tout au long de mon analyse, j’ai tenu à souligner que l’approche qu’un pays adopte pour réformer son système de santé est tributaire de facteurs inhérents au paysage politique, et le processus de mise en œuvre, de la structure des intérêts du secteur de la santé. L’opinion publique n’intervient pas directement dans ce modèle d’analyse de la réforme de la santé. Il convient néanmoins d’étudier brièvement les répercussions de la réforme de la santé sur la façon dont le public perçoit la politique de santé et vice versa.

La figure 1 renferme des indicateurs généraux de l’opinion publique à l’égard de la politique en matière de santé dans les pays à l’étude vers la fin des années 1990. (Malheureusement, très peu d’enquêtes transnationales permettant d’effectuer des comparaisons uniformes ont été réalisées.) La refonte complète du système a recueilli peu d’appuis dans tous ces pays, le tiers des répondants, tout au plus, ayant préconisé une telle solution, bien que la proportion de gens qui se rangent derrière cet avis ait augmenté dans trois des quatre pays pour lesquels nous disposons des données chronologiques<sup>46</sup>. (Malheureusement, les Pays-Bas n’ont pas été inclus dans l’enquête qui renfermait cette question, et la Nouvelle-Zélande a été ajoutée uniquement en 1998.) La proportion de répondants favorables à cette option a légèrement diminué uniquement en Grande-Bretagne, le pays qui est passé le plus près de mettre en branle une réforme radicale; ce résultat peut être interprété comme une adhésion à la réforme ou une certaine lassitude. De plus, dans tous ces pays, une forte proportion de répondants appuient le système public, notamment

une augmentation des dépenses de l'État<sup>47</sup>. C'est en Grande-Bretagne que cette option a recueilli le plus d'appuis et aux États-Unis qu'elle a été le moins cautionnée<sup>48</sup>.

**Figure 1 : Attitudes du public à l'égard de la politique de santé, 1988-2000**



En fait, l'histoire laisse entendre que l'opinion publique ne jette pas un bon éclairage sur la façon dont les décideurs arrêtent leur choix sur une mesure de réforme. En énonçant et en présentant les possibilités d'action, les décideurs façonnent l'opinion publique. Par exemple, aux États-Unis, les sondages qui ont révélé que la population était favorable à un élargissement du filet de sécurité sociale, de manière que les personnes âgées bénéficient d'une assurance-maladie dans les années 1960, proposaient aux répondants un éventail de possibilités d'action qui excluait la couverture complète universelle. De même, le régime canadien d'assurance-maladie n'a pas été créé parce que la majorité des gens étaient préoccupés par cette question ou que le public a fait pression sur ses élus en faveur d'une intervention. La création d'un régime public universel procurant une couverture complète recueillait beaucoup moins d'appuis au Canada dans les années 1960, lorsqu'il a vu le jour, que durant les années 1940, après l'échec des négociations fédérales-provinciales sur la mise sur pied d'un régime national<sup>49</sup>. En Grande-Bretagne, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, le gouvernement conservateur a pris une orientation qui faisait fi de l'opinion publique, celle-ci étant, d'après les sondages, très majoritairement opposée aux principales caractéristiques du marché interne<sup>50</sup>. D'autre part, le fait qu'une forte proportion d'Américains soient insatisfaits de leur système de santé n'a pas suffi pour qu'un changement de cap important soit apporté durant les années 1990. La couverture médiatique intense du débat sur la réforme de la santé et l'avalanche de propositions concurrentes soumises au Congrès en 1993 et 1994 ont été accompagnées d'un accroissement de l'incertitude et d'une érosion de l'appui de la population à une refonte de la politique de santé, et ont sans doute joué un

rôle à cet égard<sup>51</sup>. Au mieux, l'opinion publique peut indiquer aux décideurs qu'une intervention s'impose et exposer dans leurs grandes lignes des mesures acceptables.

## V. LEÇONS À TIRER POUR LE CANADA

Récemment, de nombreuses voix se sont élevées pour réclamer une étude approfondie du régime canadien d'assurance-maladie qui, éventuellement, serait confiée à une commission fédérale. Si une telle commission est mise sur pied, il serait sage de tenir compte de ce qui suit :

1. La prudence est de mise avec une réforme radicale du système de santé et même avec une réforme planifiée mise en œuvre progressivement. Rien n'indique que la conjoncture politique, tout particulièrement eu égard aux relations fédérales-provinciales, serait plus propice à la conclusion d'un accord sur une réforme radicale que lors des deux dernières décennies. Une province pourrait décider de faire cavalier seul et adopter une version de la réforme radicale en marge de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, une telle réforme ne connaîtrait du succès que si elle était arrimée aux structures existantes, comme en témoignent les résultats forts différents obtenus par la Grande-Bretagne et la Nouvelle-Zélande avec la création d'un marché interne. Les Britanniques ont remanié les structures existantes, et les réseaux de longue date se sont ressoudés. La Nouvelle-Zélande a quant à elle créé de toutes nouvelles structures qui ne se sont jamais enracinées.
2. Une réforme planifiée mise en œuvre progressivement a plus de chance de réussir lorsque l'on doit concilier les positions de parties et d'intérêts divergents, comme aux Pays-Bas et dans certains États américains. Dans le cas du Canada, il convient cependant d'émettre des réserves. On ne doit pas oublier que chaque étape de la réforme doit être appuyée par une coalition. Cette condition pose un problème sur le plan politique, de même que sur le plan de l'élaboration du processus de réforme. Le contexte politique peut évoluer (c'est ce qui s'est produit dans les États américains). De plus, il est très difficile de concevoir le processus de changement de manière que chaque étape soit avalisée séparément, par opposition à un ensemble de mesures prises en bloc. Le gouvernement néerlandais s'est retrouvé dans une telle situation, la réforme s'étant enlisée à l'étape de la refonte du segment de l'assurance sociale, avant que celui de l'assurance privée ne soit touché.
3. En définitive, il se pourrait que la réforme planifiée progressive ne soit guère différente d'une *approche graduelle plus audacieuse* que celle que le Canada a privilégiée par le passé. Dans les deux cas, la refonte d'un segment du secteur de la santé constitue le meilleur résultat que l'on puisse espérer.
4. Dans cette optique, il s'avère important de s'assurer des appuis dans le secteur de la santé, plus précisément de trouver *des défenseurs et des alliés* susceptibles de jouer le rôle principal dans le cadre de la refonte du segment. C'est grâce aux omnipraticiens britanniques que le modèle du titulaire d'enveloppe a été au cœur de la création du marché interne. Dans une moindre mesure, les chargés de budget néo-zélandais ont pavé la voie à la réforme des soins primaires. De même, les caisses d'assurance sociale se sont avérées des catalyseurs dans le processus d'adaptation à la concurrence encadrée aux Pays-Bas.

Voilà qui laisse entendre que, *dans le contexte canadien, c'est dans le segment des soins primaires que la réforme a le plus chance de réussir :*

- Les initiatives réalisées dans d'autres pays (principalement la Grande-Bretagne, mais également la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas) démontrent que les médecins de première ligne (ceux qui prodiguent les soins primaires) peuvent prendre les rennes de la réforme du système de santé. Une approche non coercitive, assortie de mesures d'encouragement

appropriées, a incité les omnipraticiens britanniques et néo-zélandais à jouer un important rôle d'acheteur pour le compte de certaines catégories de bénéficiaires. Dans ces deux pays, ces modèles sont en voie d'être universalisés, ayant fait de nombreux adeptes grâce à un effet d'émulation. Aux Pays-Bas, les omnipraticiens se sont regroupés pour mettre au point un système électronique de prescription de médicaments à participation facultative, dont la popularité ne cesse de croître.

- La réforme des soins primaires au Canada ferait fond sur l'entente qui lie actuellement la profession médicale et l'État, qui a cependant été mise à mal par les restrictions budgétaires des années 1990. À cet égard, le Canada est le pays qui ressemble le plus à la Grande-Bretagne. À l'instar de leurs homologues britanniques, les omnipraticiens canadiens sont presque exclusivement rémunérés par l'État, tout en conservant le statut de médecin indépendant. La forme de rémunération constitue la principale différence entre les deux pays : rémunération à l'acte assujettie à un plafond au Canada; attribution d'une enveloppe financière établie en fonction du nombre de bénéficiaires, assortie d'une rémunération à l'acte pour certains services en Grande-Bretagne.
- Compte tenu du rôle capital joué par les médecins de première ligne à l'égard de l'aiguillage des bénéficiaires vers les segments des soins de courte durée (spécialistes), des soins de longue durée et des soins à domicile, de même que de la prescription de médicaments, une intervention axée sur les soins primaires a un impact énorme sur l'ensemble du système, comme en témoigne l'implantation progressive des modèles du titulaire d'enveloppe (Grande-Bretagne) et du chargé de budget (Nouvelle-Zélande).
- Les résultats obtenus par la Grande-Bretagne démontrent à quel point il est important que la profession infirmière soit un partenaire à part entière de la réforme des soins primaires. En effet, les infirmières britanniques participent officiellement à la gestion des groupes de soins primaires, poursuivant ainsi une tradition du National Health Service que l'on ne retrouve pas au Canada.

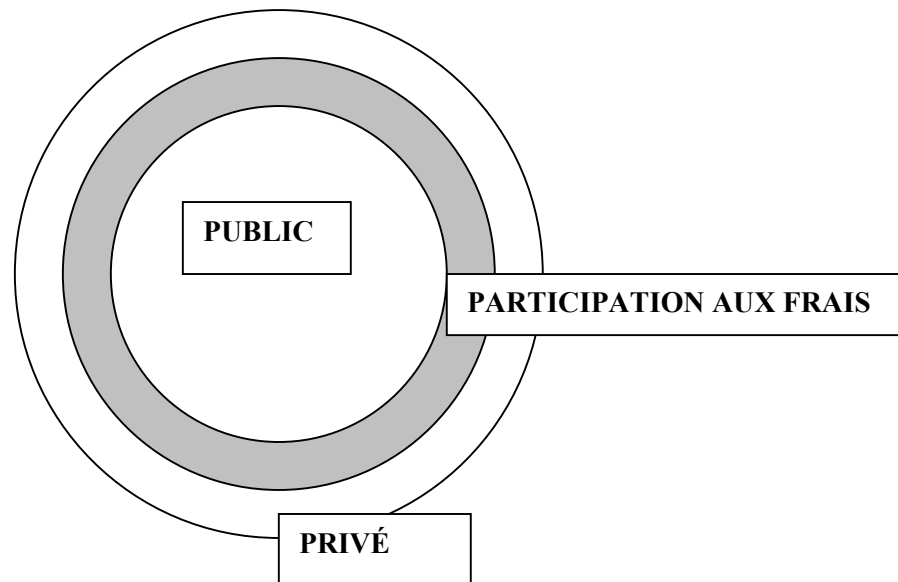
## VI. UNE DERNIÈRE RECOMMANDATION

Comme en fait foi le présent document, le Canada peut, à bien des égards, tirer des leçons des réformes entreprises par d'autres pays. Cependant, dans un domaine clé, il peut montrer la voie à la communauté internationale. Le mode de financement de diverses catégories de service constitue un segment clé où des changements graduels pourraient être apportés au Canada, mais où les tentatives réalisées à l'étranger ne sont guère encourageantes. Ainsi, on peut opter exclusivement pour un financement public, pour un financement public et privé sous forme d'une participation aux frais, ou encore uniquement pour un financement privé. Par conséquent, notre dernière recommandation prend la forme d'une question qui, pour le moment, reste sans réponse.

À l'heure actuelle, le secteur canadien de la santé peut être représenté au moyen de cercles concentriques (figure 2). Le noyau est constitué des services financés exclusivement par l'État en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* : les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin » et les services hospitaliers « nécessaires ». Le cercle intermédiaire englobe les services qui, dans le cadre de divers programmes provinciaux, sont caractérisés par une participation aux frais (qui est souvent établie en fonction du revenu) : les soins à domicile, les soins de longue durée, les produits pharmaceutiques destinés à certaines catégories de gens, etc. Dans le dernier cercle, on retrouve les services qui reposent uniquement sur des sources de financement privé, du moins dans le cas de certaines catégories de personnes : chambre d'hôpital à un lit, soins dentaires, lunettes, chirurgie esthétique, etc. La définition des services correspondant à chaque

cercle a été établie dans les années 1960. Par conséquent, une réévaluation à la lumière de l'évolution de la technologie s'avère vraiment nécessaire. Certains services pourraient faire partie du noyau, qu'ils soient assurés en milieu hospitalier ou à domicile. D'autres, qui sont actuellement financés exclusivement par l'État, pourraient être des candidats à une participation aux frais et ainsi quitter le noyau pour le cercle intermédiaire. Enfin, des biens et services actuellement associés au financement privé, par exemple les produits pharmaceutiques, pourraient fort bien passer à la catégorie de la participation aux frais.

**Figure 2 : Le financement public et le financement privé au Canada - un modèle simplifié**



Eu égard à une telle réévaluation, il convient de reconnaître que les autres pays qui ont tenté de dégager un consensus au sein de la population, quant à savoir quels services devraient être financés par l'État et par le secteur privé, n'ont guère connu de succès. Aux Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande, les tentatives visant à définir la couverture de base ont permis uniquement d'établir des critères qui pourraient éclairer les décideurs à cette fin. En Grande-Bretagne, les décisions prises par les autorités sanitaires ont entraîné la radiation de la liste des services assurés de certains services (en grande partie des services de chirurgie esthétique); ce sont presque les mêmes services qui ont été radiés par plusieurs provinces canadiennes durant les années 1990<sup>52</sup>. Même en Oregon, où les efforts déployés par l'État afin de classer par priorité les services devant être assujettis au régime public d'assurance-maladie pour les personnes nécessiteuses (Medicaid) ont été très remarqués à l'étranger, la couverture de ce régime a, en définitive, été légèrement élargie grâce à une augmentation des revenus et à des négociations avec les fournisseurs de services<sup>53</sup>.

Cependant, comme le Canada a délimité à sa façon la frontière qui sépare le financement public du financement privé, la question du contenu des cercles de la figure 2 est sans doute plus pressante ici que partout ailleurs. Le Canada doit définir un mécanisme légitime afin de trancher le débat. En dernière analyse, les décisions doivent être prises par l'entremise d'un groupe de

concertation dûment constitué, transparent et responsable où seraient représentés les administrations publiques, les fournisseurs, les spécialistes des sciences de la santé, etc. Ce groupe aurait accès à l'information et aux points de vue pertinents et ferait une large place à la consultation du public. La relation entre la profession médicale et l'État qui a traditionnellement fait partie intégrante du système de santé canadien pourrait jeter les bases d'un tel mécanisme. En terminant, si le Canada peut mettre en place un cadre de responsabilisation qui tire parti de ses forces actuelles afin de déterminer quels services devraient, dans des limites raisonnables, être financés par l'État, il peut devenir un modèle pour la communauté internationale<sup>54</sup>.

<sup>1</sup> Organisation de Coopération et de Développement Économiques, *Nouvelles orientations de la politique sociale*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, 1994.

<sup>2</sup> P.D. Pierson et R.K. Weaver, « Political Institutions and Loss Imposition: the Case of Pensions » dans *Do Institutions Matter?*, publié sous la direction de R.K.W. et B.A. Rockman (Washington, the Brookings Institution, 1993) p. 110-150.

<sup>3</sup> R. Klein, *The New Politics of the National Health Service*, 3<sup>e</sup> édition, Londres, Longman, 1995, p. 140.

<sup>4</sup> Voir le rapport de la commission de vérification, *What The Doctor Ordered: A Study Of GP Fundholders In England And Wales*, Londres, HMSO, 1996, 6. En général, le titulaire d'enveloppe n'achetait pas les services hospitaliers suivants : admissions à l'urgence, services aux malades mentaux hospitalisés, services dont le coût annuel excède 6 000 £ par patient, traumatologie et soins d'urgence, maternité et services médicaux aux malades hospitalisés.

<sup>5</sup> Department of Health, *The New NHS*, Londres, HMSO, 1997), figure 1.

<sup>6</sup> *Ibid.*, para. 5.8.

<sup>7</sup> M. Brown, « New Zealand Health Care Financing 'Reforms' Perceived in Ideological Context », 1996, 4, *Health Care Analysis*, 293; R.D.C. Gauld, « Big Bang and the Policy Prescription: Health Care Meets the Market in New Zealand », 2000, 25:5, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 815.

<sup>8</sup> *NZ Health 1993 Act*, s. 6.

<sup>9</sup> C.H. Tuohy, *Accidental Logics: the Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States Britain and Canada*, New York, Oxford University Press, p. 153-157.

<sup>10</sup> Cité dans H. Hecl, « The Clinton Health Plan: Historical Perspective », 1995, 14:1, *Health Affairs*, 86.

<sup>11</sup> T.E.D. van der Grinten, *Conditions for Health Care Reform: Changing the Policy System of Dutch Health Care in Proceedings of the 4 Country Conference on Health Care Reform and Health Care Policy*, conférence parrainée par Santé Canada, Montebello (Québec), 16 au 18 mai 1996, p. 68-69.

<sup>12</sup> Les caisses maladies sont essentiellement les organismes chargés d'administrer le régime d'assurance financé au moyen des cotisations des employeurs et des employés. Elles recrutent des clients et passent des contrats avec les fournisseurs de services de santé. Cependant, les fonds sont regroupés dans une caisse commune gérée par un conseil représentant l'ensemble des caisses maladies. Traditionnellement, la caisse commune remboursait aux caisses maladies le coût des services.

<sup>13</sup> P.M.M. van de Ven et F.T. Schut, « The Dutch Experience with Internal Markets » dans M. Jérôme-Forget, J. White et J.M. Wiener, *Health Care Reform through Internal Markets*, Montréal, Institute for Research on Public Policy, 1995, p. 95-118.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 107. Voir également K.G.H. Okma, « Restructuring Health Care in the Netherlands » dans R. Williams, *International Developments in Health Care: A Review of Health Care Systems in the 1990s*, Londres, Royal College of Physicians of London, 1995.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>16</sup> Pour une analyse de ces cas, voir C.H. Tuohy, *supra*, note 9, pp. 85-86 et les références bibliographiques de cet ouvrage.

<sup>17</sup> Le gouvernement du Commonwealth a financé environ les deux tiers du total des dépenses publiques de santé de l'Australie en 1995-1996. Voir A. Podger et P. Hagan, *Reforming the Australian Health Care System: the Role of Government*, Canberra, Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1999, p. 12. Le calcul de la contribution financière de l'administration fédérale au financement des dépenses de santé était une pomme de discorde entre Ottawa et les provinces. Cependant, si l'on tient compte uniquement du volet *conditionnel* de la contribution fédérale (la partie du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui a été théoriquement affectée à la santé et qui est conditionnelle à la conformité à la loi fédérale), la participation financière de l'administration fédérale représentait environ 12 % du total des dépenses publiques de santé au milieu des années 1990.

<sup>18</sup> G. Gray, « Maintaining Medicare: Rhetoric or Reality », 2000, *New Doctor*.

<sup>19</sup> C. D. Naylor, « Health Care in Canada: Incrementalism under Fiscal Duress », 1999, 18: 3, *Health Affairs*, 9.

- <sup>20</sup> J. Lomas, G. Veenstra et J. Woods, *Devolving Authority for Health in Canada's Provinces: III. Motivations, Approaches and Attitudes of Board Members*, Working Paper 96-4, Hamilton (Ontario), McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1996.
- <sup>21</sup> M. Laugesen, *Institutionalized Localism: The Politics of Hospital Reform in New Zealand, 1935-1995*, thèse de doctorat, University of Melbourne, Australie, 2000.
- <sup>22</sup> Si l'on se fonde sur la parité des pouvoirs d'achat, le revenu moyen des médecins s'élevait à 66 286 \$ en Nouvelle-Zélande et à 51 842 \$ en Grande-Bretagne. OCDE, *ÉCO-SANTÉ OCDE 1999 : Analyse comparative de 29 pays*, Paris, OCDE, 1999 [ci-après ÉCO-SANTÉ OCDE 1999].
- <sup>23</sup> M. Shock, « Medicine at the Centre of the Nation's Affairs », 1994, 309, *British Medical Journal*, 1730.
- <sup>24</sup> R. Klein, « Why Britain is Reorganizing Its National Health Service - Yet Again », 1998, 17:4, *Health Affairs*, 111.
- <sup>25</sup> *Core Services For 1995/96: Third Report Of The National Advisory Committee On Core Health And Disability Support Services*, Wellington, The National Advisory Committee On Core Health And Disability Support Services, 1994.
- <sup>26</sup> L. Malcolm, « GP Budget Holding in New Zealand: Lessons for Britain and Elsewhere? », 1997, 314, *British Medical Journal*, 1890.
- <sup>27</sup> New Zealand Medical Association, *Health Strategy document welcome, but more details needed*, communiqué, 1<sup>er</sup> juin 2000.
- <sup>28</sup> A. Schick, *How a Bill Did Not Become Law in Intensive Care: How Congress Shapes Health Policy*, publié sous la direction de T.E. Mann et N.J. Ornstein, Washington, D.C., AEI/Brookings, p. 227-72.
- <sup>29</sup> J. Oberlander, « Is Premium Support the Right Medicine for Medicare? », 2000, 19:5, *Health Affairs*, 84.
- <sup>30</sup> van der Grinten, *supra*, note 11.
- <sup>31</sup> E. van Doorslaer et F.T. Schut, « Belgium and the Netherlands Revisited », 2000, 25:5, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 875.
- <sup>32</sup> F.T. Schut et H.E.G.M. Hermans, « Managed Competition Reform in the Netherlands and its Lessons for Canada », 1997, 20:2, *Dalhousie Law Journal*, 451; van Doorslaer et Schut, *supra* note 31, p. 880.
- <sup>33</sup> van der Grinten, *supra*, note 11, p. 72-76; van Doorslaer et Schut, *supra*, note 31, p. 878.
- <sup>34</sup> En 1990, si l'on se fonde sur la parité des pouvoirs d'achat, le revenu moyen des médecins canadiens s'élevait à 89 923 \$, soit près de 60 % de plus que le revenu moyen de leurs confrères australiens, britanniques et néo-zélandais, mais seulement environ 55 % du revenu moyen de leurs confrères américains, ÉCO-SANTÉ OCDE 1999, *supra*, note 22.
- <sup>35</sup> En 1990, le revenu moyen des médecins australiens (53 973 \$ selon la parité des pouvoirs d'achat) correspondait à environ 60 % de la moyenne canadienne. ÉCO-SANTÉ OCDE 1999, *ibid*.
- <sup>36</sup> Le pourcentage des services qui font l'objet d'une facturation globale est passé de 49 % en 1985-1986 à 72 % en 1997-1998. J. Deeble, *Medicare: Where have We Been? Where are We Going?*, The Gordon Oration, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, 1999, 4. Voir également l'analyse présentée sous forme de *Profil* au Comité sénatorial.
- <sup>37</sup> J. Hall, « Incremental Change in the Australian Health Systems », 1999, 18:3, *Health Affairs*, 99.
- <sup>38</sup> Entre 1990 et 1996, les primes ont augmenté en moyenne de 9,8 % par année; le total des dépenses de santé par habitant a affiché une croissance moyenne de 5,6 % par année; l'Indice des prix à la consommation ne s'est accru que de 2,9 %. *Ibid.*, p. 100.
- <sup>39</sup> La diminution du pourcentage de la population ayant une assurance privée a presque exclusivement été enregistrée dans le segment de l'assurance-hospitalisation de base, qui couvre les soins prodigués dans un hôpital public. Les gens qui achetaient une telle couverture estimaient que les avantages (principalement le choix du médecin et la chambre individuelle) ne justifiaient pas le coût de la police, étant donné que les soins prodigués par l'hôpital public sont gratuits lorsque le bénéficiaire est couvert par le régime public.
- <sup>40</sup> Le pourcentage de la population ayant une assurance-maladie privée est passé de 30,1 % en décembre 1998 à 31,2 % en décembre 1999 et à 45,8 % en septembre 2000. Private Health Insurance Administration Council, [www.phiac.org.au](http://www.phiac.org.au).
- <sup>41</sup> S.J. Duckett et T.J. Jackson, « The New Health Insurance Rebate: an Inefficient Way of Assisting Public Hospitals », 2000, 172, *Medical Journal of Australia*, 441.
- <sup>42</sup> Des administrations provinciales ont accordé à des hôpitaux des contrats établissant des seuils quantitatifs aux fins de la prestation de quelques services (p. ex. le pontage aortocoronarien). Cette formule a surtout connu du succès auprès des autorités sanitaires régionales de l'Alberta.
- <sup>43</sup> J. Hurley et R. Card, « Global Physician Budgets as Common-Property Resources: Some Implications for Physicians and Medical Associations », 1996, 154:8, *CMAJ*, 1161.

<sup>44</sup> J. Hurley et coll., *A Tale of Two Provinces: a Case Study of Physicians Expenditure Caps as Financial Incentives*, Working Paper No. 96-12, Hamilton (Ontario), McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1996.

<sup>45</sup> S.J. Katz, C. Charles, J. Lomas et H. Gilbert Welch, « Physician Relations in Canada: Shooting Inward as the Circle Closes », 1997, 22:6, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1413.

<sup>46</sup> K. Donelan, R.J. Blendon, C. Schoen, K. Davis et K. Binns, « The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations », 1999, 18:3, *Health Affairs*, 209.

<sup>47</sup> Les sondeurs ont inséré cette question dans le contexte de la fiscalité. Ils ont d'abord posé la question suivante aux répondants : [TRADUCTION]

« Lequel des énoncés suivants représente le mieux votre point de vue quant à la position que le gouvernement national devrait prendre à l'égard des impôts :

Il devrait consacrer plus d'argent aux services publics même s'il doit augmenter les impôts.

Il devrait consacrer moins d'argent aux services publics afin de réduire les impôts.

Les dépenses du gouvernement devraient demeurer inchangées. »

Les répondants devaient ensuite répondre à la question suivante : [TRADUCTION]

« À votre avis, le gouvernement devrait-il consacrer plus d'argent, moins d'argent ou le même montant à ce qui suit.... »

Angus Reid, *17 Country Poll on Taxes, Spending and Priorities*, 16 mars 2000, [www.angusreid.com](http://www.angusreid.com).

<sup>48</sup> On pourrait croire que cet écart est attribuable au fait que les dépenses publiques de santé par habitant sont déjà élevées aux États-Unis par rapport au Royaume-Uni. Cependant, dans une autre étude, mes collègues et moi avons démontré que, dans 11 pays de l'OCDE, cette mesure de l'appui à une augmentation des dépenses publiques n'était pas corrélée aux dépenses publiques par habitant en chiffres absolus, mais était liée aux variations chronologiques de la part de l'État des dépenses de santé : de 1987 à 1997, lorsque cette part avait diminué, la proportion de gens favorables à un accroissement des dépenses publiques était susceptible d'être plus élevée en 1998. Voir C.H. Tuohy, C.M. Flood et M. Stabile, *How does private finance affect public health care systems?*, octobre 2000, *Ontario Medical Review*.

<sup>49</sup> C. David Naylor, *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance 1911-1966*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1986, p. 122, 158, 236; M. G. Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy: the Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1979, p. 367.

<sup>50</sup> R.J. Blendon et K. Donelan, « British Public Opinion on National Health Service Reform », 1989, 8:4, *Health Affairs*, 52.

<sup>51</sup> M. Brodie et R.J. Blendon, « The Public's Contribution to Congressional Gridlock on Health Care Reform », 1995, 20:2, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 403; J. White, « The Horses and the Jumps: Comments on the Health Care Reform Steeplechase », 1995, 20:2, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 373.

<sup>52</sup> R. Klein, P. Day et S. Redmayne, *Managing Scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service*, Buckingham, Open University Press, 1996, p. 118.

<sup>53</sup> L. Jacobs, T. Marmor et J. Oberlander, « The Oregon Health Plan and the Political Paradox of Rationing: What Advocates Have Claimed and What Oregon Did », 1999, 24:1, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 161.

<sup>54</sup> N. Daniels, *Accountability for reasonableness in public and private health insurance* in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction de A. Coulter et C. Ham, Buckingham, Open University Press, 2000, 89.